

SYKEHJEM SOM LÆRINGSARENA

*Hvordan fungerer sykehjem som en arena for
kontinuerlig læring for sykepleiere?*

Tone Østenstad



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, avd.
For sykepleivitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

24.September 2012



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Tone Østenstad	Dato: 24.09-2012
<p>Tittel og undertittel:</p> <p>Sykehjem som læringsarena</p> <p><i>Hvordan fungerer sykehjem som en arena for kontinuerlig læring for sykepleier</i></p> <p>Formål: Studiens hensikt er å utforske hvordan sykehjem fungerer som en arena for kontinuerlig læring for sykepleiere. Denne kunnskapen vil kunne bidra med å utvikle arbeidsforhold som kan fremme kontinuerlig læring.</p> <p>Litteraturgjennomgang: Kontinuerlig læring er viktig for å opprettholde og styrke kvaliteten på tjenestene. Det forutsetter mulighet og motivasjon for læring og vektlegger læring som deltakelse i praksisfelleskap. Kartlegging og utvikling av kompetanseplaner som knyttes til overordnede mål og danner grunnlag for målrettede læringsformer,</p> <p>Metode: I studien anvendes utforskende design. Kvalitativ metode og kvalitative forskningsintervjuer ble benyttet. Utvalget var 8 sykepleiere fra tre sykehjem. Kvaless syv steg ble brukt i analyseprosessen. Funn ble drøftet på et abstraksjonsnivå opp mot teori.</p> <p>Funn: Sykepleierne har motivasjon for å lære, uformell læring knyttet til det daglige arbeidet regnes som det viktigste. Kommunikasjonskanaler på tvers av formelle grenser er avgjørende for at sykepleiere skal lære. Det er "gaps" i systemene for opplæring, knyttet til nye brukere og til ansvarsvakter i helgene. Ledelseperspektivet har betydning for tilretteleggelse for gode felleskapsdesign. Det er store forskjeller i mulighetene for tilegnelse av kunnskap i sykehjemmene, også internt i et sykehjem.</p> <p>Konklusjon: Hver avdeling utvikler sin kultur for læring, det er et dynamisk samspill mellom alle aktørene, samt strukturelle og organisatoriske forhold. Hvis læringskonteksten skal innfri krav til læring for sykepleierne i kunnskapsorganisasjoner må både formelle og uformelle læringsformer være en integrert del av arbeidet. Kunnskapsledelses strategi har betydning for tilretteleggelse, motivasjon og mulighet for læring for sykepleierne.</p>	
<p>Nøkkelord:</p> <p>Nøkkelord: Sykepleie, kontinuerlig læring, læringskontekst, kompetanse, læringsmiljø, kultur, motivasjon, kunnskapsledelsesstrategi, sykehjem, kvalitative data.</p>	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Tone Østenstad	Date: 24.09.2012
Title and subtitle: The Nursing home as- arena for learning <i>How does the nursing home function as an arena for continuing learning for nurses?</i>	
Objective: The purpose of the study is to investigate how the nursing home functions as an arena for continuing learning for nurses. This information will contribute to the development of working conditions that foster continuing learning. Review of the literature: Continuing learning is important in maintaining and strengthening the quality of nursing services. The process requires opportunities and motivation for learning and emphasises the value of learning by participation in a nursing team. The development and evaluation of proficiency plans based on overall objectives, forms the basis for relevant learning methods. Methods: This study makes use of investigative design, with both qualitative and quantitative research interviews. Eight nurses from three nursing homes participated in the study. Analysis was performed using the seven stage method, according to Kvale. Findings were abstracted and compared to theory. Findings: Nurses are motivated to learn. Informal learning in the setting of everyday work is rated as most important. Opportunities for communication outwith formal boundaries are imperative for the learning process. There are gaps in the training schedules when it comes to initial management of new clients and also as regards the in-charge nursing role during weekends. Type of management is an important influence on the professional nursing environment. Opportunities for learning vary substantially, even within an individual nursing home. Conclusion: Each unit/ward develops its unique learning culture in a dynamic interaction between participants, with the influence of structural and organizational factors. If the work setting is to enable fulfillment of learning requirements for nurses in knowledge-based organizations, it is imperative that both formal and informal methods of learning are an integral part of the work context. Knowledge management strategy influences nurses motivation and opportunities for learning and affects facilitation of nursing learning activities. Oslo University, Institute for health and social sciences, Dept. of nursing. Postboks 1130 Blindern 0318 Oslo Navn Tone Østenstad Dato 24.09. 2012	
Key words: Key words: Nursing, continuing education, learning context, proficiency, learning environment, culture, motivation, knowledge management strategy, nursing home, qualitative data.	

Forord

Det hadde ikke vært mulig for meg å gjennomføre denne oppgaven uten støtte og hjelp fra andre, som derfor fortjener en stor takk. Først vil jeg takke min fantastiske veileder Solveig Hauge som har støttet meg gjennom hele denne prosessen. Så vil jeg rette en stor takk til de flotte sykepleierne jeg møtte ved de tre sykehjemmene, som delte av sine erfaringer, tanker og opplevelser som muliggjorde denne studien. Jeg ønsker også å rette en takk til lederne som la tilrette den praktiske gjennomføringen av intervjuene på den enkelte arbeidsplass. Det er også stor grunn til å rette en takk til prøveinformantene Åse Vonskar og Berit Berg. Min mor som har bidratt med oppmuntrende ord når motivasjonen har uteblitt. Stor takk til min familie som har vist stor tålmodighet, med en mamma og kone som har brukt lange dager på kontoret. Uten alle disse fantastiske menneskene hadde ikke dette prosjektet være gjennomførbart.

Råde , 24.09. 2012

Tone Østenstad

Liste over vedlegg

Vedlegg 1 Forspørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 2 Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Vedlegg 3 Samtykke erklæring

Vedlegg 4 Intervjueguide

Liste over figurer

Figur 1 Eurat(2004) sin modell om læringfaktorer og kontekstfaktorer side;23

Figur 2 Skaug(2011) kompetansetrekanten side;25

Figur 3 Kommunikasjonskanaler på tvers av formelle grenser side; 74

Innholdsfortegnelse

Sammendrag:	3
Forord	5
Liste over vedlegg	6
Liste over figurer	6
1.0 INNLEDNING	9
1.1 Presentasjon av studiens problemstilling og hensikt	9
1.2 Avgrensninger	11
1.3 Oppgavens disposisjon	11
2.0 Litteraturgjennomgang	13
2.1 Litteratursøk	13
2.2 Sykehjemstjenesten og kompetanseutvikling	13
2.3 Ledelse og kontinuerlig læring	15
2.4 Læring i praksisfelleskap	16
2.5 Motiverende og "amotiverende" læringsforhold	17
2.6 Implimentering av forskningbasert kunnskap i praksis	18
2.7 Oppsummering	18
3.0 TEORI	20
3.1 Arena for læring	20
3.2 Læring gjennom deltakelse i praksisfelleskap	21
3.3 Eurats modell for læring og Banduras mestringsteori	22
3.4 Behov for kunnskap, tid til refleksjon og utvikling av profesjonell kompetanse	24
3.5 Valg av kunnskapsledelses strategi har betydning for tilrettelegging for læring	26
3.6 Motivasjon for å lære og mestring av arbeid	27
4. 0 METODE	29
4.1 Design	29
4.2 Metodisk refleksjoner	29
4.2.1 Forsker utgangspunkt og for forståelse	30
4.3 Kvalitative forskning intervjuer	31
4.4 Utvalg	32
4.4.1 Rekruttering	32
4.4.2 Inklusjonkriterier	32
4.4.3 Utvalgets størrelse	33
4.5 Gjennomføring av intervjuene	34
4.6 Analyse av intervjuene	34
4.6.1 Videre analyse	35
4.6.2 Pålitelighet	38
4.7 Ethiske overveielser	38
5.0 Presentasjon av funn	40
5.1 Sykepleierne er motivert for læringsaktivitet, de har behov for planlagt opplæring og et stimulerende læringsmiljø for å utføre kvalitative gode tjenester for sykehjem	40
5.1.1 Sykepleierne er motivert for læring for å gjøre en god jobb	40
5.1.2 Sykepleiernes behov for planlagt opplæring	41
5.1.3 Stimulerende læringsmiljø	44
5.2 Sykepleierne opplever et mangfold av læringsaktiviteter, det er store forskjeller og tilpasning av lærings tilbud er mangelfull	48
5.2.1 Store forskjeller i tilrettelegging av læringsarenaer	48
5.2.2 Kunnskapsutveksling knyttet til tiltak for brukerne	50
5.2.3 Tilpassning av læringstilbud	52
5.3 Sykepleierne bruker i liten grad litteratur og digitale kilder til oppdatering og tilegnelse av kunnskap	56
5.3.1 Tilgang og bruk av digitale kilder	56

5.3.2 Tilgang og bruk av faglitteratur.....	58
5.4 Sykepleierne trenger ledere som implementer læring i planene og organiseringen av det daglige arbeid, og legger til rette for personlig og kollektiv læring	59
5.4.1 Lederne ansvar for å organisere læringsaktivitet.....	59
5.4.2 Lederne må samarbeide med sykepleierne for tilpasse læring.....	62
6.0 Drøfting av funn	65
6.1 Praksisfelleskap og ledelsesperspektiv.....	65
6.2 Sykepleierne behov for kunnskap knyttet til nye brukere	69
6.3 Kommunikasjonskanaler på tvers av avdelingene.....	73
6.4 Mangfold av læringsmuligheter.....	75
6.5 Tilrettelegging av arenaer for utveksling av kunnskap	78
6.6 Stillerapport og refleksjonskort	79
6.7 Sykepleierne bruker i liten grad litteratur og digitale kilder til oppdatering og tilegnelse av kunnskap.....	80
7.0 Konklusjon	82
8.0 Referanser.....	83

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av studiens problemstilling og hensikt

Å styrke kompetansen i kommunenes helse- og omsorgstjenester nevnes i Stortingsmelding nr 25 (2005–2006) som et av de viktigste virkemidlene for å sikre god kvalitet i tjenesten. Ansatte i helse og omsorgstjenesten står daglig i vanskelige situasjoner som krever kunnskap om god praksis, bevissthet om egne verdier og holdninger, og at de har arenaer for veiledning, refleksjon og erfaringsutveksling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a:10). Behovet for systematisk og målrettet kompetanseutvikling har blitt fremhevet i politiske føringer gjennom lover og forskrifter som “Ny kompetanse”(1997:25) og “Kompetansereformen” (St.meld.nr.42,1997-98). Rammefinansieringsloven som ble innført(1986) samt flat lederstruktur gir en autonomi og en frihet i forhold til utvikling av tilbudet om kompetanseutvikling i den enkelte kommune og det enkelte sykehjem(Ytrehus og Nuland, 2007). I helse- og sosialsektoren har oppmerksomhet på kvalitet og kvalitetsstandarder gått hånd i hånd med økonomisering og effektivisering (Gibson,1998;Vabø,2002;Nordhaug 2004; Ytrehus og Nuland,2007). Kommunene plikter å ansette kvalifisert personell for å sikre faglig forsvarlige tjenester(Sosial- og helsedirektoratet,1997;Sosial og helsedirektoratet,2004). Kompetansebegrepet knyttes til kvalitet, bruk av riktig ressurs betyr i denne sammenheng faglig kvalitet, dette sees i sammenheng med nyere organisasjonsfilosofi som New Public Management(Dimmen,2005;Ytrehus, og Nuland,2007). Opplæringsbehovet knyttes først og fremst til brukernes behov for tjenester, men også til de ansattes behov for utvikling og behov for rekruttering. Retningslinjer for kvalitet og innhold i helsetjenestene til de eldre kommer til uttrykk gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og Demensplan 2015(Helse- og omsorgsdepartementet,2003; Helse-og omsorgsdepartementet,2006). For å oppfylle kvalitetskravene fordrer det at pleie- og omsorgspersonale ved sykehjem er oppdatert, og at kommunen har etablerte rammer for opplæring i form av kompetanseplaner (Helse-og omsorgsdepartementet 2003; Helse-og omsorgsdepartementet 2006). Kvaliteten bestemmes av helse- og sosialpersonellens kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper(Stortingsmelding25;2005). Kompetanse er knyttet til den enkelte sykepleier men også situert i praksisfelleskapet (Dyste,2001;Lave og Wenger,2003). Sykepleierens kompetanse bygger på et sammensatt kunnskapsgrunnlag med både tause og eksplisitte aspekter, der teoretiske kunnskap, erfaringskunnskap, etiske kunnskap og praktisk kunnskap inngår i en helhet (Kirkevold,2002). Kommunehelsetjenesteloven §6-1; 6-2 viser til at hver kommune plikter å sørge for at de ansatte får undervisning og praktisk opplæring for å

opprettholde og videreutvikle kompetanse(Sosial-og helsedepartementet,1982). Dette skal sikres ved rutiner, prosedyrer og rapporteringer. Sykepleierne plikter å holde seg oppdatert og helsearbeiderne selv har ansvar for faglig forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven 2011;NSF,2011;pkt.1.3). Dette indikerer en kontinuerlig kompetanseutvikling som er i tråd med livslang læring (Kompetansereformen St.meld.nr.42;1997-98). Dette medfører et behov for strukturerte og formaliserte læringsaktiviteter men først og fremst at læring og kompetaseutvikling blir en del av det daglige arbeidet. Sykehjem omtales som kunnskapsorganisasjoner eller "lærende organisasjoner", der formålet er å produsere tjenester og løsninger for brukerne og deres pårørende. Begrepet "lærende organisasjoner" viser til at kunnskap kontinuerlig må oppdateres(Hagen, og Skule,2008). Personellet i omsorgstjenesten utgjør den grunnleggende ressursen i omsorgstjenesten, nesten all undersøkelse, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg består av menneskelig innsats. God omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og brukere (Stortingsmelding 25;2005). Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå er gjennomsnittspasienten ved norske sykehjem over 84 år og har fire aktive diagnoser. Pasienter som har fått innvilget vedtak om permanent sykehjemsplass, er ikke lenger istand til å ivareta sin egenomsorg, de er avhengig av kontinuerlig tilsyn og trenger bistand fra andre for å kunne opprettholde liv og helse. Av de pasientene som er innlagt i sykehjem, har ca. 80 % en demenssykdom (Sosial-og helsedirektoratet,2007:23). For helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen kreves det spesialisert kompetanse om eldre og aldring, spesielt innenfor kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer (Helse-og omsorgsdepartementet,2006,6:3) Samhandlingsreformen trådte i kraft januar 2012 og medfører at utskrivningsklare pasienter som ikke er ferdig behandlet, blir overflyttet tidligere fra sykehus til sykehjem (Stortingsmelding nr.47;2008-2009). Dette fører til at sykepleierne trenger oppdaterte kunnskaper om ulike diagnoser og at de får opplæring i medisinsk teknisk utstyr og ulike prosedyrer knyttet til behandling av alvorlig syke bruker. I tillegg er det økt oppmerksomhet på at sykehjemmene skal fungere som et hjem. Denne målsetningen innebærer krav om særskilt kompetanse i miljøarbeid for å ivareta de sosiale dimensjonene. Forskrift om en verdig eldreomsorg trådte i kraft 1. januar 2011. Verdighet er grunnleggende i en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste(Helse-og omsorgsdepartemenet,2011).

Sykehjemmene har vært gjenstand for flere reformer og har endret rolle og funksjon mange ganger. Samhandlingsreformen innebærer at noe av kjernevirksomheten i sykehjemmene har endret seg og det stilles nye krav til kompetanse hos medarbeiderne i sykehjem. Endringer i kjernevirksomheten forutsetter også endringer i organisasjonens struktur og kultur (Dimmen 2004). Omsorgstjenesten er i en kontinuerlig utvikling for å møte utfordringer som kommer

med økt andel eldre.”Den største utfordringen for omsorgssektoren i de nærmeste tiårene vil være å skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft.” (St.mld. nr. 25,2005-2006, kap. 6.6.1:51). I henhold til Stortingsmeldingen nr.25(2005-2006:54) antydes det et behov for ca 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger frem til 2030. For at sykehjem skal fremstå som en attraktiv arbeidsplass, legger både lover og teorien vekt på at mulighet for faglig utvikling. Det er derfor av stor interesse å se hvordan sykehjemmen fungerer som en arena for kontinuerlig læring og kompetanseutvikling for sykepleierne. Det er et ønske at denne studien skal bidra med kunnskap som belyser kompleksiteten av ulike forhold som utgjør læringskonteksten for sykepleierne i deres arbeid for sykehjem. Forhold som er av betydning for kompetanseutvikling både for den enkelte og for felleskapet som helhet ønskes belyst, slik at kontinuerlig læring for sykepleierne kan fremmes.

Studies forskningsspørsmål er;

- Hvilke muligheter opplever sykepleierne at de har for læring i sitt arbeid for sykehjem?
- Hvilke behov opplever sykepleierne at de har for læring i sitt arbeid for sykehjem?
- Hvordan opplever sykepleierne praksis felleskapet iforhold til læring og kompetanseheving?
- Hvordan opplever sykepleierne at lederne tilrettelegger for læring og kompetanseheving?

Studiens problemstilling er;

Hvordan fungerer sykehjem som en arena for kontinuerlig læring for sykepleiere

1.2 Avgrensninger

Av hensyn til studiens omfang vil det i studien ikke redegjøres for ulike yrkesgruppers påvirkning av læringsforholdene. Det vil heller ikke redegjøres for de utfordringer og muligheter som ligger i tverrfaglig samarbeid og den betydning det har for sykepleiernes læringsmuligheter. Dette vil ikke redegjøres for selv om samarbeid med andre yrkesgrupper er lovfestet og en nødvendighet for å kunne gi en helhetlig pleie og omsorg til brukerne.

1.3 Oppgavens disposisjon

- Kapittel 1. Her er det redegjort for bakgrunnen for at valg av tema, problemstilling og studiespørsmål, samt avgrensninger av studiens omfang.
- Kapittel 2. Presentasjon av forskning om sykepleiernes behov, muligheter og betingelse for kunnskap og kompetanseutvikling i sykehjem.

- Kapittel 3. Relevant teori som er fruktbart i forhold til å drøfte funnene, med hovedfokus på sosiallæringsteori av Wenger og motiasjonsteori av Derci og Ryan. Samt Eurat sin modell om læringsfaktorer og konteksfaktorer. Ledernes sentrale rolle i forhold gose læringsmiljøer blir belyst. Så vil annen relevant teori trekkes inn underveis.
- Kapittel 4. Her presenteres valg av metodebruk, hvilke vurderinger som er gjort og eksempler for å forklare trinnene i analyseprosessen og hvordan funnene har fremkommet.
- Kapittel 5. Her presenteres funnene som er gjort i denne studien om sykepleiernes opplevelser, erfaringer av læringsforholdene i sitt arbeid for sykehjem.
- Kapittel 6. Drøftes funnene på et abstrakt nivå opp mot teori.

2.0 Litteraturgjennomgang

2.1 Litteratursøk

For å komme frem til litteratur og forskning om emne har jeg søkt i ulike databaser som CINAHL, Embase, Medline, SveMed+, PubMed, ERIC og BIBSYS Ask.

Her har jeg brukt emneord som; nurses, learning, competence, knowledge, graduate nurse, nursing skills, community of practice, competence development, nursing home, power relations, professional competence, professional practice, organization culture, learning environment, learning arenas, learning culture, learning climate, motivation, intention, reflection, situated learning, workplace, nursing practice. Disse søkeordene er benyttet både i frisøk og som nøkkelord. Det ble først gjort et søk i forbindelse med utarbeidelse av prosjektplan i januar 2009. Et nytt søk ble gjort i januar 2011 for å se om jeg kunne finne mer aktuell litteratur etter at analysen var foretatt av intervjuematerialet, så ha det vært utallige mindre søk hvor det har vært helt konkrete artikkler og emner det har blitt søkt etter. Har også brukt googel, scolar, duo, helebiblioteket og regjeringens nettsider og aktuelt loverk.

2.2 Sykehjemstjenesten og kompetanseutvikling

Sterk selvstendighet og rammefinansiering kjennetegner det kommunale nivå i Norge. Dette gir kommunene mulighet til å velge hvordan de vil organisere tjenestetilbudet. Flat lederstruktur fører til at lederne får større autonomi. Denne utviklingen har betydning for forskjellene og for hvilke muligheten det er, til å sikre kompetanseutvikling i tjenesten (Ytrehus, og Nuland,2007). Nyere organisasjonsfilosofi som New Public Management som ser på kunnskap som en ressurs, har preget utviklingen(Dimmen,2005). I dette perspektivet er kompetansebegrepet knyttet til kvalitet, riktig kompetanse skal gi god tjenestekvalitet. Innenfor helse- og sosialsektoren generelt er det, økende fokusering på kvalitetsstyring og standarder for måling av kvalitet, dette er i tråd med New Public Management filosofien (Ytrehus, og Nulan,2007). Generelt har helse- og sosialsektorens oppmerksomhet på kvalitet og kvalitetsstandarder gått hånd i hånd med økonomisering og effektivisering (Gibson,1998; Vabø,2002). Offentlig sektor står overfor betydelige utfordringer og omstillinger når det gjelder bruk av ressurser. Mye tyder på at kravene til effektiv organisering, utvikling og bruk av kompetanse i offentlig sektor er i ferd med å bli betraktelig skjerpet. Dette tvinger seg fram et stigende behov for å rasjonalisere med ressursene i store deler av statlige og kommunale virksomheter (Nordhaug,2004). Samhandlingsreformen(2012) har som mål å effektivisere helse Norge både faglig og økonomisk. Ut fra den foreliggende kunnskapen kan det se ut for at disse to forholdene representerer motstridende interesser.

Å styrke kompetansen i kommunenes helse- og omsorgstjenester nevnes i Stortingsmelding nr 25 (2005–2006) som et av de viktigste virkemidlene for å sikre god kvalitet i tjenesten.

Sykepleiere har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig og etisk forsvarlig.

Sykepleieren må kjenne til sine egen styrke og begrensninger, og må søke hjelp og støtte i vanskelige situasjoner (NSF,2011; pkt.1.7). Samtidig pålegger lovverket helseinstitusjonene et ansvar for å sørge for at helsepersonellet gis opplæring, etter og videreutdanning for å utføre faglig forsvarlig arbeid(Helse og omsorgstjenesteloven,2011;4,1). Haukelien et.al(2009) så på et etter og videreutdanningsprogram og foretok en analyse av dette, programmet var gjennomført i fire norske kommuner. Dette etter og videreutdanningsprogrammet bidro til å heve det faglige nivået hos deltakerne, men kommunene benyttet i liten grad denne kunnskapen, slik at individuell kunnskap ble omgjort til kollektiv kunnskap. Det tyder på en underutnyttelse av den kunnskap som faktisk finnes i organisasjonene (ibid).

Ut fra den foreliggende kunnskapen, ser det ut til at det å legge til rette for formelle opplæringsplaner er viktig. Det er også viktig at det finnes en innarbeidet praksis i institusjonen for kompetanseutvikling(Døvingen,Ure,Tobiassen,Hertzberg,2006). Ytrehus og Nuland(2007) viser i sin undersøkelse at 56 prosent av kommunene har en kompetanseplan. Det er få undersøkelser om behovet for kompetanse og de stiller derfor spørsmål ved grunnlaget for utarbeidelse av kompetanseplaner, resultat i kommunene viser at de har lite forpliktelser til planene. Samtidig ser de at mange har igangsatt ulike utviklingsprosjekter for å bedre kompetansen i tjenesten, 43 prosent har samarbeid med omliggende kommuner, universitet og høyskoler og sykehus om utvikling av kompetanse i tjenesten (ibid).

Konseptet "lærende organisasjoner" som ble introdusert av Senge (1990) representerer en visjon og en normativ tilnærming til endringsprosesser i en organisasjon. "Lærende organisasjoner" er en organisasjonsoppskrift, en faglig begrunnet anbefaling. Her sees læring som en prosess (Dimmen,2005). Forestillingene knyttet til "lærende organisasjoner" kan oppleves å være i et spenningsforhold til forestillinger om organisasjoner preget av greie strukturer og rasjonelle beslutningsprosesser, hvor lederne har kontroll over virksomheten. Denne organisasjonsoppskriften kan oppfattes ikke å være forenlig med "mål og resultatstyring".

Læringskompetanse står i hverdagen i et direkte spenningsforhold til det å få jobben gjort. Dersom man på en annen side bare er opptatt av "å få jobben gjort" vil organisasjonen svikte med hensyn til utvikling. Læring dreier seg om kompetanse endring. For å takle de

kontinuerlige endringer i kompetansekrav er det nødvendig med både individuell og organisatorisk læring(Nordhaug,2004).

2.3 Ledelse og kontinuerlig læring

For utvikling av gode læringsarenaer har lederne en nøkkel rolle men denne betydningen undervurderes ofte av dem selv (Bjørk et al.,2007a;Koivula et al.,1989). Det kan være avvik mellom de ansattes og ledelsens oppfatning av organisasjonens strategier og mål (Argyris og Schön,1983; March og Olsen,1975). Ledernes oppgave er å styre læringen i riktig retning i forhold til overordnede intensjoner og mål for virksomheten, samtidig sørge for å legge til rette for gode læringsmiljøer i avdelingene og organisasjonen som helhet. For å kunne tilpasse utfordringer og se hva som trengs av kunnskaper hos den enkelte og organisasjonen som helhet, er det behov for å kunne kartlegge kompetansebehov. Det er et lederansvar å måle kompetansegapet den enkelte organisasjon preges av (Lai1997, Løvendahl og Nordhaug1998, Thidemann2005). Arbeidsgiver må legge til rette for både formell og uformell læring. I undersøkelsen til Haggstøm og Bruhn (2009) kommer det frem at det er viktig med praktisk tilrettelegging for at sykepleierne skal delta i formell læringsaktivitet. De fant gjennom sin intervansjonsstudie at de som hadde takket nei til å være med i deres studie, hadde gjort dette på bakgrunn av at dette foregikk i arbeidstiden og at lederen ikke hadde lagt til rette ved å erstatte dem som var med i studien. Disse takket nei på tross av at tilbudet var forlokkende med undervisning, tid til refleksjon og supervisjon og de i utgangspunktet var positive til dette tilbudet (ibid).

Skaug(2011) sier at kompetanseutvikling i alt for høy grad blir overlatt til tilfeldighetene og ildsjelene, noe som legger stort potensiale for profesjonell kvalitetssikring brakk. Vi betaler en pris for den situasjonen, både klienter, pårørende og profesjonsutøvere. Hun mener økonomiske, strukturelle og organisatoriske rammebetingelser har sin del av ansvar for konflikter mellom velferdsstatens yrkesutøvere og deres brukere (ibid). Thidemann(2005) viser til at sykepleiernes muligheten for læring kan bli hindret av et økende press om effektivisering. Dette stemmer med funn i andre land der de er lenger fremme enn Norge når det gjelder å effektivisere helsevesenet. Selv om sykepleierne anså faglig utvikling som både nødvendig og viktig, ble læring en ekstra byrde som hindret engasjement og læringsaktivitet. Koivola et al(1998)konkluderte i sin studie at det største hinderet for kvalitetsutvikling var at sykepleierne var for slitne.

Fremtidens organisasjon ”den typiske virksomhet vil være kunnskapsbasert skrev Drucer(1988), en organisasjon som for de fleste vedkommende er sammensatt av spesialister som leder og utfører sin egen arbeidsinnsats gjennom organisert feedback fra kollegaer,

kunder(brukere)og virksomhet”(Nordhaug 2004).“Lærende organisasjoner” kan innebære at virksomheten bevisst setter sammen team av medarbeidere som har mye å lære av hverandre, eller sørger for at det skapes rom for refleksjon i gjennomføringen av krevende oppgaver som ellers preges av knapphet på tid. Slik kan hverdagslæring bli en mer integrert del av virksomhetenes strategi og praksis for kompetanseutvikling (Kompetanseberetningen 2005:16). Formell læring er planlagt og kan skje enten i regi av eksterne kurs, utdanningsinstitusjoner eller på arbeidsplassen i samarbeid med profesjonelle aktører (Lai 2008). Kirkevold (2008) beskriver hvordan systematisk opplæring ved sykehjem kan øke kompetansenivå og anseelse. Individuell læring og læringskulturen er avgjørende for organisasjonens læring, dette kan være både en positive eller negative læringsutvikling og det skjer uansett om det er planlagt eller ikke (Argyris og Schön1983).

2.4 Læring i praksisfellesskap

Det handler om å skape gode læringsmiljø der både muligheter og motivasjon for læring fremmes. Sykepleierne mener at kollegastøtte, tid og mulighet for å lære, autonomi, anerkjennelse, rolleklarhet, jobbtilfredshet og kvalitet på veiledning, er forhold som er viktig for deres utvikling som profesjonelle yrkesutøvere (Hart & Rotem, 1995; White et al., 1998). Skaalvik (2010) konkluderer med at et godt læringsmiljø inkluderte veiledning, tilbakemeldinger, muligheter for faglige diskusjoner og refleksjon i et faglig fellesskap, hun trekker også frem den muntlige rapporten som en viktig læringssituasjon (ibid). Teoretikerne Jean Lave og Etienne Wenger(2003) presenterer et relasjonelt syn på læring der læring knyttes til praksisfellesskapet. Brown og Duguid(1991) sier at hvert praksisfellesskap utvikler sin kultur for læring. De mener en organisasjon består av mange praksisfellesskap som hver utvikler sin kultur og sin arbeidsform, ut ifra sine oppgaver. De bruker begrepet “learning-in-working” de knytter sammen læring, arbeid og innovasjon. De mener læring er en bro mellom arbeid og innovasjon. Andre studier viser til sammenheng mellom arbeidsmiljø, arbeidsinnsats og utvikling av kreativitet i arbeidet (Deci et al.,1989; Gagne &Deci; Jelstad 2007). Thideman(2005) konkluderer med at læring primært skjer gjennom praksisfellesskap i en lokal handlingskontekst. Koivola et al(1998) fremhever også team spirit som viktig for kvalitet og læring (ibid). Sykehjemstjenesten er avhengig av å ha en personsammensetning med faglig kompetanse for å kunne utføre tjenester av høy faglig kvalitet. En tydelig sykepleietjeneste og faglig kollegafellesskap blir vektlagt i studien til Johannesen (2004) her blir det lagt vekt på å kunne dele erfaringer med kollegaer. Med få sykepleiere i avdelingen ble det et dårligere fagmiljøet og sykepleierne var utilfredse med situasjonen (ibid). Det å ikke ha noen å rådføre seg med og føle at de står alene med avgjørelser oppleves utilfredsstillende.

Estrabrooks, Chong, Brigideat et al(2005) fant at sykepleierne hentet kunnskap gjennom informasjon om den enkelte pasient og erfaringer med lignende situasjoner, lærdom fra sykepleieskolen, internundervisning og fra kollegaer. Lærebøker, tidsskrifter og internett ble lite brukt. Dette stemte godt med de funnene Caspersen(2007) gjorde i undersøkelsen om hvilke kunnskapskilder sykepleierne benyttet seg av når de stod overfor krevende situasjoner i det daglige arbeid.

Chenoweth et al(2010) hevder at det å bedre arbeidsmiljøet fikk direkte konsekvenser for kvaliteten på omsorgen (ibid). Dette vil påvirke hvor fornøyde sykepleierne er med arbeidet sitt og ha konsekvenser for de tjenestene brukerne får. Garsjø(2008)sier at det vil være et dialektisk forhold mellom de ulike aktørene i sykehjem. Gode forhold for ledere og arbeiderne vil påvirke hvor fornøyde brukerne er, slik vil de ulike aktørene i sykehjem påvirke hverandre(ibid). Thidemann(2005) sier at praksisfellesskapet er en sårbar læringsarena og mulighetene for læring er sterkt influert av politiske, menneskelige, organisatoriske og økonomiske beslutninger og tiltak. Hun sier i sin konklusjon at abstraksjoner medvirker til å maskere kompleksiteten av sykepleiernes praksis. Hun peker på at sykepleierne presses i sin arbeidssituasjon av ulike interesser(Ibid).

2. 5 Motiverende og “amotiverende” læringsforhold

En studie viser til at sykepleierne i kommunehelsetjenesten i Norge føler at de ikke får delta i beslutninger, samtidig som de har liten kontroll i forhold som angår deres læringssituasjoner, det forelå ikke planer for systematisk kompetanseutvikling og de ansattes faglige oppdatering opplevdes som tilfeldig og mangelfull. Det er ca 40 % av de ansatte som ikke opplever arbeide som faglig stimulerende, utfordrende eller lærerikt. (Kirchhoff, 2005, 2006). Andre studier viser til at dersom tilbudet om læringsaktiviteter ikke er tilpasset ønsker eller behov som den enkelte har, går dette ut over læringen (Dealey & Bass,1995; White et al.,1998).

Lai (2008) peker på at det er viktig med balanse mellom medbestemmelse og organisasjonens behov og mål(ibid). Det er koblingen mellom medarbeidernes motivasjon og læring til organisasjonens kjernevirksomhet som er det avgjørende for resultatene (Dimmen,2005).

Medarbeidernes motivasjon knyttet til medvirkning og autonomi synes å være grunnleggende forutsetninger for utvikling av den lærende organisasjon (Dimmen, 2005). Berg og Eikeland (1997) sier at medvirkning skaper motivasjon og gir eierforhold til og ansvar for læringen og kan slik sett bidra til måloppnåelse (Ibid). I følge selvbestemmelsesteori er autonomi, tilhørighet og kompetanse, viktig parameter for opprettholdelse av læringsatferd (Ryan og Deci,2000).

Hos de som som deltar i klinisk stige i Norge er det stor grad av indre motivasjon som drivkraft for å delta. Den viktigste drivkraften er ønske om økt kompetanse knyttet til egen

praksis (Bjørk,2007). Personlige motivasjonsfaktorer styrer sykepleierne når de velger å utvikle sin kompetanse. De ønsker å lære mer og opplever det som en personlig tilfredsstillelse (Dealy, Bass1995; Ryan2003). I en annen norsk undersøkelse vises det til at hvis tilgjengelige læringsaktiviteter ble opplevd å være i tråd med egne verdier og mål, sees læring som positive byggesteiner for faglig og personlig vekst (Bjørk et al.,2007a). Hvis den som lærer har innflytelse på planleggingen og gjennomføringen av læringstiltak er dette en læringsfremmende faktor (Lai,2008). Dersom de ansatte får oppfylt sine ønsker og behov for kompetanse utvikling, sosiale relasjoner og autonomi tyder det på at de ansatte vil oppleve seg som mer kompetente og den indremotivasjonen for å lære styrkes. Det finnes stabile komponenter i motivasjon men man ser en sammenheng mellom faktorer i arbeidsmiljø og motivasjon for læring(Deci et al.,1989; Gagne &Deci; Jelstad,2007). Det er sykepleierne som har det helhetlige ansvaret i sykehjem de følger opp pasientene og den medisinske behandlingen, samtidig som de har fokus på de sosiale forholdene slik at pasientene skal trives. Sykepleierne kan i kraft av sin profesjon og sitt helhetlige perspektiv være med å påvirke fagmiljøet (Meyer et. al,2010). Sykepleierne vil ha et stort ansvar i forhold til formidling av kunnskap til medarbeidere med manglende eller lite fagkunnskap. Så sykepleiernes mulighet for læring vil på flere måter ha betydning for kvaliteten brukernes tjenestetilbud.

2.6 Implimentering av forskningbasert kunnskap i praksis

Lekan, Hendrix, McConnell og White (2010) viser i sin studie til man med fordel kan bruke flere former for tilnærming når man ønsker å implimentere forskning i praksis. De mener bruk av både klasseromsundervisning, instruksjon ved avdelingen og i kliniske pasientsituasjoner vil kunne være egnede metoder for læring i klinisk praksis (ibid). En slik bred tilnærming vil være egnet for de som arbeider med eldre med komplekse sykdomsbilder.

For å implementere forskning i praksis framheves også nødvendigheten av sosial relasjon mellom medlemmene i organisasjonen og tydelig lederskap (Lekan et al. 2010).

2.7 Oppsummering

Gjennomgang av litteraturen viser at det er mangler ved kvaliteten på tjenesten. Det var de som hadde høy kompetanse som var best kvalifiserte til å vurdere tjenestekvaliteten. For å tette eventuelle ”gaps” i systemer og kompetansebehov har lederne et ansvar for kartlegging. Tilrettelegging er avgjørende for deltakelse i læringsaktivitet. Læring er sosialkonstruert og krever tilrettelegging, gode læringsmiljøer vil fremme motivasjon og mulighet for å lære. En tydelig sykepleietjeneste fikk følger for ledelse og faglig fokus. Mye tyder på at det er en underutnyttelse av den kompetansen som finnes i sykehjem. Forhold som fremmer

kompetanseutvikling var kollegastøtte, tid og mulighet for å lære, autonomi, anerkjennelse, rolleklarhet, jobbtilfredshet og kvalitet på veiledning. Forhold som hemmer sykepleiernes kompetanseutvikling var arbeidsbelastning, sterkt fokus på økonomi, lav personal tetthet, dårlige rutiner og manglede tilrettelegging. Implementering av forskning i praksis trenger en bred tilnærming. Det trengs forskning på de behovene de eldregruppen og på behovet for kompetanse hos de ansatte.

3.0 TEORI

Hensikten med en litteratur oversikt er å plassere forskningsprosjektet i en større sammenheng (Richards og Morse,2007). Målet er å vise hvor i den allerede eksisterende kunnskapen, prosjektet plasserer seg og hvilken ny kunnskap den kan bidra med.

3.1 Arena for læring

I velferdsstatens tjenesteytende yrker legges det vekt på kontinuerlig kompetanseutvikling for å møte brukernes behov for helsetjenester, ved at arbeidsplassen blir en arena for kontinuerlig læring og utvikling (Blåka og Filstad 2007). *”Arenabegrepet beskriver en sosial situasjon som bidrar til læring”* (Elden og Levin, 1991 i Levin og Klev, 2002:105). Det er et komplekst bilde av ulike forhold som påvirker sykepleiernes mulighet for læring i deres arbeid for sykehjem.

Michael Eurat(2004) har utviklet en modell gjennom sin forskning der han ser på hvilke læringsfaktorer og kontekstfaktorer som har betydning for læring i arbeidslivet og hvordan de ulike faktorene påvirkes av hverandre. Eurat sin modell bygger på Albert Banduras(1979) læringsteori om mestringsforventning, som er en videreutvikling av sosial læringsteori(Eurat 2004). I følge Dysthe (1999) står interaksjon og samhandling sentralt hos alle teoretikerne bak det sosiokulturelle læringsynet (ibid). Benner (1984) tok utgangspunkt i en modell utviklet av Dreyfus og Dreyfus (1986), hvor fokuset er på mesterlære. Sykepleiere utvikler seg igjennom fem erfaringsstadier i praksis fra å være novise til ekspert i sitt fag. Benner mente at teoretisk kunnskap må være innbakt i den praktiske virkeligheten. Modellen beskriver fem erfaringsnivåer: novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Denne modellen har fokus på mesterlære i tradisjonell forstand.

Situert læring og læring som en deltakerprosess i praksisfelleskap ble introdusert av Lave og Wenger(1991). En sosial og kulturell tilnærming til læring forsøker å fange opp dynamikken mellom individet og den sosiale rammen hvor læring skjer. Begrepet “apprenticeship” er fra ordet *apprendre*” som betyr å lære eller forstå, og hvor mesterens rolle er i fokus. Men i stedet for et ensidig fokus på mesterlære setter Lave og Wenger(1991) fokus på læringsressursene i miljøet. Læringen i seg selv er improviserte øvelser, og “læringspensumet” er tilstede som mulighet for praktisk engasjement(Blåka og Filstad,2007).

Lave(1988) argumenterer for at det ikke er mulig å skille mellom individuell kognisjon og sosial og kulturelt forankret praksis(Blåka, Filstad;2007). Skaalvik og Skaalvik(2005) mener at den konstruksjonen av kunnskap som finner sted i et praksisfelleskap, kan sees i relasjon til to prosesser. En ytre sosial eller kommunikativ prosess her er dialog, problemformulering, forslagene, motforestillingene, de nye forslagene og informasjon som utvikles mellom deltakerne viktig. En indre kognitiv prosess består av fortolkning og meningskonstruksjon i hver enkelt medarbeider, på grunnlag av kunnskapskonstruksjoner som allerede er etablert (ibid).

Vygotsky hevder at det sykepleierne kan gjøre med assistanse i dag kan de gjøre alene i “morgen” dette omtales som den nærmeste utviklingssonen. Det handler om hva undervisning/kunnskapsutviklingen for øyeblikket bør konsentreres om. Fremtidig kompetanse er det sykepleierne enda ikke har forutsetninger til å gjøre. Thalp og Gilmore(1998) skiller mellom seks former for assistanse iforbindelse med det de kaller stilasbygging. Det er modelllæring/demonstrasjon, belønning, informative tilbakemelding, instruksjon, spørsmål og kognitiv strukturering(Skaalvik og Skaalvik 2005:56-63).

For utvikling av gode læringsarenaer har lederne en nøkkel rolle men denne betydningen undervurderes ofte av dem selv (Bjørk et al,2007a; Koivula et al.,1998). Det handler om å skape gode læringsmiljø der både muligheter og motivasjon for læring fremmes. Blåka og Filstad(2007) mener at praksisfelleskapet kan utvikle strategier, generere innovasjon, løse problemer, fremme best praksis, utvikle profesjonelle ferdigheter og hjelpe organisasjoner med å rekruttere og beholde de beste kunnskapsmedarbeiderne. Wenger, McDermott og Snyder(2002) hevder at selv om praksisfelleskap er organiske, så kan et godt fellesskapsdesign i organisasjoner invitere og oppmuntre til kultivering av praksisfelleskap. Å skape arenaer for praksisfelleskap, handler om å etablere muligheter for dialog mellom samarbeidende eller potensielt samarbeidende aktører.

3.2 Læring gjennom deltakelse i praksisfelleskap

Kunnskap og kompetanse (Know-how) er forankret i praksisfelleskapet, læring er naturlig relasjonell (Lave og Wenger,2003). Det handler om gjennom interaksjon, kollektive forhandlinger i et felles engasjement, oppdage, verdsette og utnytte den mangfoldige kompetansen som finnes i praksisfelleskapet. Gjensidig engasjement, felles oppgaver og felles reportar er nødvendig for å skape sammenheng mellom praksis og fellesskap.

Hovedkomponentene i Wengers(1998) læringsteori er mening, praksis, felleskap og identitet, disse ulike elementene er gjensidig forbundet med hverandre. Mennesket er et sosialt vesen og kunnskap dreier seg om kompetanse på områder som blir verdsatt(Wenger,2004). Ved at man samhandler og deler kunnskap over tid utvikles en stabil tillit i felleskapet “Companion trust”(Newell et. al.2002). Siden læring foregår både på individ og gruppenivå, vil avdelingskulturen være viktig for deling av kunnskap(2004). Læring foregår overalt til alle tider (Lave og Wenger 2003) det sosiale engasjementet som skal til for at læring skal skje under bestemte forutsetninger beskriver Lave og Wenger(2004) som legitim perifer deltakelse. Man går fra å være en perifer deltaker til å bli et fullverdig medlem(ibid). Individet beveger seg mellom ulike kontekster hvor mulighet og adgang til læringssituasjoner kontinuerlig forhandles mellom deltakerner, dette betegnes som deltakerbaner (Blåka og Filstad, 2007). Identitet er forankret i det enkelte felleskap og det de utretter sammen. Det vil derfor være vanskelig å forandre seg uten støtte fra felleskapet(Wenger,2004). I følge Wenger er evnen til å ha mange forskjellige nivåer av involvering et viktig trekk ved et praksisfellesskap. Samspillet mellom nivåene gir et mangfold av ulike læringsmuligheter.

Praksisfellesskapene bør ha strukturelle og organiserte møteplasser, hvor hovedtyngden av samhandlingen foregår uformelt mellom medlemmene for å skape delt læring (Wenger, 2004;Levin og Klev 2002). Da kan det utvikles nye forståelsesrammer, som kan bidra til å endre samspillet i organisasjonene. I sykehjem kan slike arenaer være gruppemøter, rapportmøter, morgenmøter, sykepleiemøter, fagmøter o.l. Blåka og Filstad(2007) sier at de fant i sine undersøkelser at å være innen for samme profesjon vil være avgjørende for hvem de utvikler uformelle relasjoner og praksisfellesskap sammen med, men at det også kan være andre identitetsvariabler(Ibid).

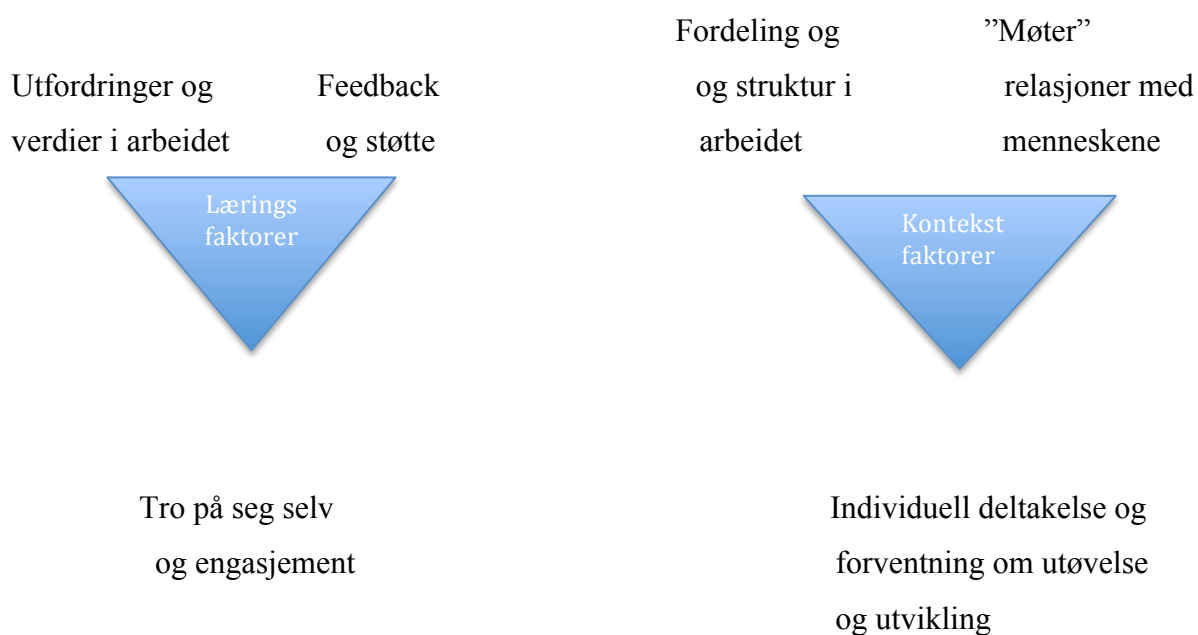
3.3 Eurats modell for læring og Banduras mestringsteori

I tråd med sosial læringsteori viser Eurat(2003) til at sosiale faktorer er signifikante faktorer for læring. Han viser til at uformell støtte er viktigere en formell. Læring på arbeidsplassen skjer ofte uten at det er tilsiktet og betegnes ofte som implisitt(ibid).

Eurat(2004) har gjennom sin forskning utviklet en modell for læring. Betydning av rollemodeller og observasjonslæring er to viktige bidrag fra Banduras teori. Han peker på betydningen av direkte støtte og oppmuntring, samt betydning av positiv involvering(Imsen 1998). Bandura(1979) mener at forventning om mestring har innvirkning på den enkeltes interessefelt, handlingsretning, prestasjonsnivå og opprettholdelse av engasjement med utfordrende og vanskelige oppgaver. For å oppnå kontroll og selvmotivasjon er det viktig med

langsiktig mål som regulerer retningen og med kortsiktige mål som gir suksess underveis i prosessen(ibid). Eurat(2004) ser på hva som læres, hvordan det læres og hvilke faktorer som påvirker læring på arbeidsplassen. Han viser til forhold ved arbeidet, forhold mellom kollegaer og forhold ved den enkelte. Eurat(2004) sier at læring skjer gjennom å gjøre ting og være oppsøkende til læringsmuligheter. I modellen vil venstre spiss gjelde selve jobben, høyre spiss forhold til jobben og den laveste spissen for den enkelte arbeidstaker(Eurat 2004).

Modell 1



Eurat (2004)

Eurat (2004) viser at det er et triangulært forhold mellom utfordringer, tillit og støtte(ibid). Tillit oppstår når man møter utfordringer i arbeidet og disse blir vellykket, dette er avhengig av hvilken støtte man føler. For noen respondenter var tillit knyttet mer til relasjoner enn til selve arbeidet. Eurat(2004) setter et skille ved betydningsfulle relasjoner og graderer betydningen av støtte. Trekanten med kontekstfaktorer speiler den første trekanten men fokuserer på kontekstvariablene. De har sett på deltakelse i arbeid og forhold deres til arbeid og relasjoner til arbeidsplassen.

Engasjement for læring genereres gjennom sosial inkludering i team, som blir verdsatt eller gjennom verdien av arbeidet for brukerne og for seg selv.

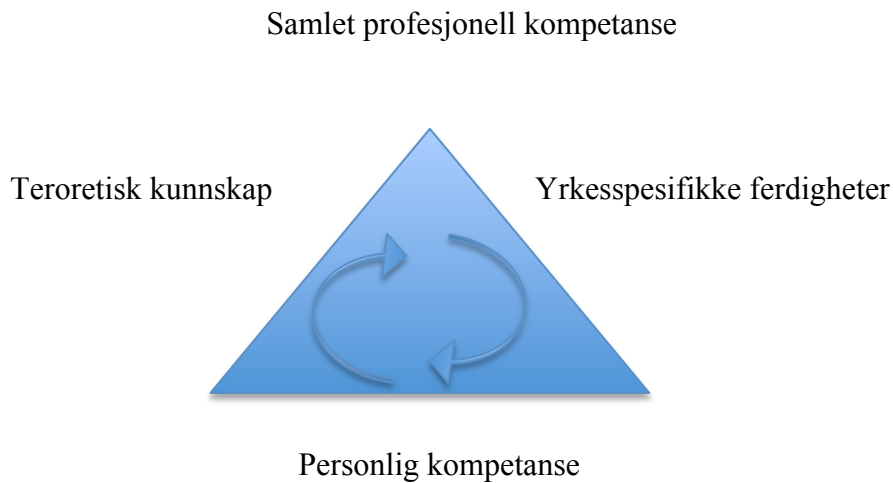
3.4 Behov for kunnskap, tid til refleksjon og utvikling av profesjonell kompetanse

Kunnskap og kompetanse blir i helsevesenet ofte brukt om hverandre. Helsetjenestens virksomhet er grunnlagt på organisering av kunnskap, læring og utvikling av kompetanse. Kompetanse i dagligspråket defineres gjerne som evnen til å klare en oppgave eller beherske et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. (www.wikipedia.no, 2012). Kompetansebegrepet knytter fagkunnskap og organisasjon sammen, og bruk av begrepet kompetanse innebærer at en tar på alvor den konteksten personen er i (Orvik 2004:31). De formelle utdanningene har hovedfokus på teoretisk kunnskap, men arbeidsplassene har størst fokus på ferdighetene som er nødvendig for å mestre arbeidsoppgaver i en organisasjon og innenfor en profesjon (Blåka og Filstad 2007). Kompetanse er knyttet til handling eller handlingsberedskap, og kan sees i forhold til Sveibys definisjon av kunnskap som ”evne- til-handling” (Sveiby, 2001).

Hiim og Hippe (2001) deler kunnskapen inn i påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap og tauskunnskap. Dette omtales som ulike aspekter i et helhetlig kunnskapsbegrep. I yrkeskunnskapen inngår også verbaliserte begreper og teorier, tause elementer, fortrolighet med fenomener, handlingsferdigheter, etiske og følelsesmessige vurderinger (Hiim og Hippe2001). Kjernen i denne kunnskapen er at disse dimensjonene er uløselig sammenvevd i et system som kan være i stadig utvikling etter hvert som man utøver, erfarer, leser og lærer mer(ibid).

Skaug (2011) sier at menneske er “helt” med sine behov, sitt intellekt og sine følelser. Hun deler kompetansebegrepet inn i tre aspekter: *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikk ferdigheter* og *personlig kompetanse* som samlet utgjør den enkeltes profesjonelle kompetanse. De tre ulike aspektene opptrer samtidig men med ulik styrke i den enkelte situasjon, de er under gjensidig påvirkning av hverandre. Dette markeres gjennom at det er piler inni som symboliserer det dynamiske aspektet. Det trengs tid for å utvikle personlig kompetanse det er knyttet til våre erfaringer, våre feiltrinn/nederlag er her en viktig ressurs.

Modell 2



Skau (2011;70)

Ulike kunnskapsformer fremmes og utvikles gjennom forskjellige læringsmetoder, både formelle og uformelle, individuelle og kollektive.

Det vil være viktig at praksisfellesskapet ikke består bare av noiser noen må kunne si noe om hva som er god praksis (Thideman,2005, Dreyfus og Dreyfus,1986,Koivola,1998). Den kyndige og eksperten vil i kraft av sin kompetanse være rollemodeller for andre i organisasjonen (Blåka og Filstad,2007). Skaug(2011) sier personlig kompetanse ikke er noe vi kan utvikle alene, vi trenger sosiale samspill, samtidig som vi trenger tid til refleksjon over, for å lære av våre erfaringer (ibid).

Refleksjon over handlinger beskriver Lauås og Handal(2000) som å bidra til at sykepleieren blir klar over grunnlaget av kunnskap, erfaringer og verdier, som yrkesvirksomheten deres hviler på. Det hevdes at refleksjon er en måte å utvikle kunnskapsbasen på for profesjonelle yrkesutøvere. Refleksjon kommer av ordet reflexio som betyr overveielse, ettertanke, betraktning, tanker om et emne eller tilbake-kasting (Aschaug og Gyldendal,1983). Ulik syn på refleksjon sees hos Moxsnes(1997), Lauås og Handel(2000), Boud et al(1985),Schøn(1987),Kirkevold(1996), Bjørk og Bjerknes(2003). Schön (2001) bruker både begrepene ”kunnskap-i-handling” og ”refleksjon-i-handling”, mens Molander legger vekt på refleksjon over handling. Refleksjonen må være knyttet opp til kritisk tenkning sier

Kirkevold(1996), slik kan en komme ut av fastlåste tankemønster(Kirkevold 1996; Senge 1990).

Personlig kunnskap er unik den er uløselig knyttet til sin bærer men den kan formidles og deles med andre(Skaug,2011). Ved å utvikle ulike sider ved sin kompetanse til en balansert helhet, vil man kunne bruke både hode, hender og hjerte og er i stand til og bedømme når det er på sin plass og bruke hva. Denne personen vil holde en god etisk standard og stille høye kvalitetskrav til seg selv(Skaug,2011).

3.5 Valg av kunnskapsledelses strategi har betydning for tilrettelegging for læring

Måtene å tenke ledelse på inneholder forutsetninger for hva som er hensiktsmessige både når det gjelder organisering, struktur og kultur, og hvilke endringsstrategier som kan eller bør benyttes (Lillejord,2003). Ledelse basert på "New Public Management" vil fokusere på beslutningsprosesser med vekt på strategiledelse og lederstyrte læringsprosesser ("knowledge management"). I dette perspektivet sees kunnskap som en ressurs. Jakobsen (2004) mener kunnskapsutvikling da blir å systematisere og kombinere allerede eksisterende eksplisitt kunnskap. I dette perspektivet er det lett at kunnskap blir noe privat og som det ikke er en selvfølge å dele.

"Lærende organisasjon" ser på kunnskap mer som en prosess og vil legge et sosiokulturelt læringssyn til grunn og forutsette medvirkning, autonomi og kunnskapsutvikling i arbeidslag, faggrupper og prosjektgrupper som fundament for læring og organisasjonsendringer og legge mindre vekt på lederbeslutninger (Dimmen,2005) Det er utviklet ulike ledelsestrategier i tråd med visjonen om lærende organisasjoner(Kuvaas,2008, Newell et al,2005; Jacobsen,2004) felles for disse er at menneskene er i fokus. Dimmen (2004) sier medarbeiderne og kulturen representerer erfaringsbasert, innforstått kunnskap som er viktig for både tjenesteutførelse og for læring og kompetanseutvikling.

Peter Senge(1990) definerer "lærende organisasjoner" som organisasjoner der deltakerne jevnlig utvikler evnen til å skape ønskede resultater, der nye og ekspansive tankesett blir framelsket, der kollektive ambisjoner får spillerom og der menneskene kontinuerlig lærer mer om hvordan man lærer sammen(ibid). Lærende organisasjoner må være i kontinuerlig bevegelse rettet mot å innhente, analysere, evaluere og ta i bruk ny og forbedret kunnskap. Forholdene i organisasjonen må tilrettelegges for å skape kunnskap, og det må være åpne prosesser som bygger på profesjonalitet og tillit(Lillejord 2003). Flere omtaler tillit som forutsetning for kunnskapsdeling(Newell et al.,2002; Jakobsen,2004;Nonaka 1994).

I kunnskapsorganisasjoner er ikke oppgaver og ansvarsgrensninger særlig tydelig fastsatt, heller ikke utøvelse av ledelsesfunksjon. Koordinering skjer i betydelig grad gjennom verdier,

normer og faglige standarder. "Lærende organisasjoner" tillegger medarbeiderne betydelig grad av autonomi og ansvar i forhold til egen profesjonelle yrkesutøvelse og kompetanseutvikling. Dette forutsetter imidlertid at lederne tydeliggjør strategiske mål og rammevilkår. Kunnskap i lærende organisasjoner betraktes både som ressurs og prosess, men hovedvekt på læring i praksisfellesskap (Dimmen,2005).

Dahlin(1999) sier at kunnskapsledelse i lærendeorganisasjoner fokuserer både på kunnskapsprosesser på individ, gruppe og organisasjonsnivå. I dagens organisering av virksomhetene er de ansatte ofte med i ulike arbeids eller prosjektgrupper som kan være lokalisert i flere deler av organisasjonen dette fører til en strøm av informasjonsflyt på tvers av formelle enheter (Nordhaug,2004). Medarbeiderne og kulturen representerer erfaringsbasert, innforstått kunnskap som er viktig for både tjenesteutførelse og for læring og kompetanseutvikling (Dimmen,2004).

3.6 Motivasjon for å lære og mestring av arbeid

Motiverte mennesker er mennesker som kommer i gang, viser engasjement og målrettethet, viser utholdenhet og ofte har positive tanker om et arbeid eller prosjekt. Ordet motivasjon eller "motiv-asjon" referer til et motiv ... et mål ... en intensjon eller hensikt som skaper en drivkraft. Begrepet motivasjon er nært knyttet til betydningsopplevelse. Jo viktigere målet er jo mer det betyr jo sterkere er motivasjonen og jo mer kraft, styrke og utholdenhet på vei mot målet(<http://no.wikipedia.org/wiki/Motivasjon>). Det skilles mellom indre/autonom motivasjon som reguleres av personen/sykepleieren selv og ytre motivasjon som regulert av forhold utenfor den enkelte person/sykepleier. Det er fire ulike trinn av ytre regulert motivasjon som kan forklares gjennom begrepene: må - bør – kan – ønsker. Hvor de to siste trinnen gir opplevelse av valgmuligheter og kontroll og derfor regnes som indre regulert motivasjon. Gjennom autonom/indre motivasjon har vi en naturlig drivkraft til å engasjere interesser og utvikle evner og med dette søke optimale utfordringer (Derci og Ryan 1990).

Selvbestemmelsesteori av Deci og Ryan(1989) teori viser til at kompetanse, autonomi og tilhørighet, er tre medfødte psykologiske behov som må tilfredsstilles for å opprettholde høy indre styrt motivasjon. De mener tilrettelegging av forhold som fremmer indre motivasjon får store positive konsekvenser for læring(ibid). Kompetanse betyr i denne sammenheng forståelse av hva som skal til for å nå ønskede mål og ha tro på at man kan nå disse. Relasjoner handler om et trygt miljø hvor opplevelsen av støtte er tilstede både fra kollegaer og leder. De legger vekt på "betydningsfulle andre" sin rolle for tilrettelegging av autonomistøttene miljø. Sterk grad av tilhørighet kan føre til en oppblomstring av indre motivasjon (Derci og Ryan 2000a). Autonomistøttende, i motsetning til kontrollerende omgivelser, har vist å ha positiv effekt på menneskets indre motivasjon og nysgjerrighet. Ved å oppleve seg kontrollert

eller styrt vil sykepleierne/menneskene i følge Deci og Ryan (2000) bli initiativløse, og mindre mottagelige for ny læring. Det er stor enighet om at indremotivasjon ikke er upåvirket av ytre motivasjonsfaktorer. Skal man opprettholde motivasjon der det er liten grad av indremotivasjon eller den er fraværende, krever dette aktiv innsats. Skal man oppleve en selvstyrt motivasjon der det bare er yttre krav og pålegg krever en aktiv tilpassningsprosess hos hver enkelt medarbeider (Deci & Ryan, 1989). Tidligere verdier og kunnskap må tilpasses de nye reguleringene da vil man føle en større forpliktelse til å imøtekomme det ytre kravene.

Når en person til stadighet opplever manglende mestring av en handling eller aktivitet, vil personen oppfatte seg selv som lite kompetent og resultatet kan bli amotivert orientert. Disse medarbeiderne vil ha problemer med å takle endringer og utfordringer (Deci & Ryan, 1989). Årsaken til amotivasjon er at man ikke får tilfredstillt behovene for kompetanse, autonomi og gode relasjoner. Amotivasjon viser til personens manglende intensjoner og mangel på følelsen av handlingskompetanse og mestringsforventning (ibid).

Personlig mestring betyr å kontinuerlig kartlegge og utdype sin personlige visjon. Mennesker som utvikler personlig mestring drives fremover av "kreative spenninger". Denne spenningen er igangsetter av energi, når man som individ ser gap mellom det man faktisk får til og det man ønsker å gjøre. Det er viktig at dette gapet ikke blir for stort for da mister en energi til å gå igang med prosjektet. Ved for liten avstand mellom ønsket mål og virkelighet, vil energien ikke komme fram, fordi man da ikke ser noen grunn for å gå igang, en er tilfreds med situasjonen slik den er (Glosvik, 2007). Senge (2004) mener personlig mestring er et slags "åndelig fundament" for læring, det handler ikke om å fokusere på problemer man ønsker å kvitte seg med, men at man kartlegger det som er viktig og betyr noe for oss slik at vi kan forsøke å leve opp til vår høyeste "aspirasjons nivå" (Senge 2004:13).

4. 0 METODE

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for de forskningsmetodiske valg og refleksjoner som er gjort i denne studien.

4.1 Design

Da hensikten med denne studien er å utforske hvordan sykehjem fungerer som en læringsarena for sykepleiere, og litteratur gjennomgang viser at det lite kunnskap om emne, anses et utforskende design som hensiktsmessig. Utforskende design er egnet der en søker hva som foregår i en kontekst, hvordan et fenomen arter seg, hvilke prosesser som får fenomenet til å utvikle seg og hvordan det oppleves. Forskeren vil være et viktig instrument og en tolker i utforskende design. Utforskende design vil være fleksibelt og gi mulighet for data analyse underveis (Polit & Beck,2004).

Av forskningsspørsmålene fremgår det, at det er lagt vekt på, hva sykepleiernes opplevelser, erfaringer, tanker og meninger om; kunnskap og kompetanseutvikling, samt kontekstuelle forhold som fremmer og hemmer kunnskap og kompetanseutvikling. Konteksten vil ha stor betydning for meningsinnholdet ettersom det er sykepleiernes meninger, opplevelse og fortellinger fra praksisfeltet som vil bli lagt til grunn. For å få dybde kunnskap om sykepleiernes opplevelser, meninger og hvordan sykehjem fungerer som en arena for læring har Jeg har her valgt å bruke kvalitative individuelle intervjuer som metode for å få dybde kunnskap om sykepleiernes meninger, opplevelser og tanker om hvordan sykehjem fungerer som en arena for læring.

4.2 Metodisk refleksjoner

Kvalitativ metode og det kvalitative forskningsintervju blir i denne studien knyttet til fenomenologisk- hermeneutisk tilnæringsmåte. Fenomenologisk fordi det er ikke- fortolkende opplevelser og tanker hos sykepleierne som intervjues som er av betydning. Hermeneutikk for de det tas utgangspunkt i de opplevelsene og tankene sykepleierne forteller, for å gjøre de forståelige. Hermeneutikken har slik med fortolkningen og gjøre (Kvale,2006, Nåden m.fl.,1995). En slik tilnærming knyttes til filosofisk hermeneutikk og filosofen Gadamer. Begrepet hermeneutikk omfatter fenomenet forståelse generelt, det relateres ikke bare til forståelse av tekster, objekter, handlinger, men også til den som skal fortolke og forstå (Thornquist,2003). Det var derfor viktig for meg å være klar over at jeg tolker det jeg hører, ser og observerer allerede i intervjusituasjonen på bakgrunn av min forforståelse. Menneske

må akseptere at forståelsen aldri er umiddelbar og forutsetningsløs (Gadamer,2003). På denne måten vil jeg være en del av forståelsesprosessen. Forståelsen vil oppstå på bakgrunn av egen livshistorie, egne erfaringer og egen forforståelse (Gadamer,2003; 2010). Gadamer (2010) mener også at det er viktig å være klar over egen forutinntatthet slik at teksten selv fremstår i sin annerledeshet. Teksten vil da kunne spille sin saklige sannhet mot den forforståelsen forskeren har (ibid). Forskeren er en viktig instrument og en tolker i kvalitativ design men man vil tilstrebe minimal forskerkontroll (Nord,1998; Polit & Beck,2004). Thornquist (2003) sier at deler av forskerens forforståelse vil være skjult, den vil også endres underveis i prosessen. Han beskriver også at hver gang vi forstår endel av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten.(ibid) Dette er i tråd med filosofisk hermeneutikk og den hermeneutiske sirkel som beskriver hvordan forskeren vil pendle mellom helhet og deler for å oppnå forståelse. Her vil helhet gi forståelse for delene og delene igjen påvirke forståelsen av helheten.

Det ble underveis i prosessen også vurdert bruk av felt observasjon som metode. Dette ble forkastet på grunn av tidsperspektivet for rammen av et masterstudie. Men felt observasjoner kunne gitt verdifulle data fordi mye av kunnskapsutviklingen skjer i de sosiale relasjonene mellom sykepleier og bruker og mellom personale. Thalgaard (2009) mener deltagende observasjon er en egnet metode til å studere relasjoner og samhandling mellom mennesker i ulike sosiale sammenhenger. Det ville gitt et helt annet data material en det jeg nå har fått. Alle innsamlede data er ut ifra sykepleiernes livsverden, det de selv forteller om sine erfaringer, opplevelser tanker og meninger, utgjør datamateriale for denne studien.

4.2.1 Forsker utgangspunkt og forforståelse.

Foruten treårig sykepleiehøyskole har jeg videreutdanning i eldre og aldring, elektronisk pasientjournal og praktisk pedagogisk utdanning. Har mange års erfaring fra fagfeltene psykiatri og geriatri. Arbeidet flere år på skjermet enhet for demente, samt en somatisk langtidsavdeling i sykehjem. Har gjennom dette opparbeidet bakgrunnskunnskap fra kommunehelsetjenesten. Har laget et kursmateriale i forbindelse med innføring av EPJ og har hatt kurs for sykehjems ansatte i to kommuner. Har en del erfaring med intervjuing, men ikke kvalitative forskningsintervjuer. Det var for min del mange forutinntatte meninger om det å arbeide for sykehjem og om kvaliteten på tjenestene og årsakssammenhenger for dette. Det er viktig å vurdere forutantakelsene som ligger bak intervjuspørsmålene og hvordan forutantakelsene kan styre intervjesamtalen i ulike retninger. Dahlberg et al. (2008) bruker begrepet tøyling (bridling) som at forsker skal ha kontroll på eller tøyne sin forforståelse. Dette ble viktig for at ikke min

åpenhet og forståelse for fenomenet, skulle bli redusert av min forforståelse. Det er viktig å åpne opp for å få innsikt i den andres livsverden. Samtidig som man er var for å konkludere om hvordan ting er og henger sammen, man må åpne opp for nye perspektiver, dette ble forsøkt ivaretatt. Min bakgrunn kan ha hatt positiv innvirkning og ført til at informantene fortalte andre ting til meg enn de ville ha gjort til en som ikke hadde en slik bakgrunnskunnskap til å forstå det de fortalte. Det kan også ha slått andre veien at de ikke fortalte meg ting, fordi de regnet med at det var innforstått på grunn av min kjennskap til tilsvarende virksomheter. Det ble lagt vekt på utforskende tilnærming for å få oppklart forskjellige sammenhenger og utforske “dybden” i utsagnene. Samtidig som man tøylet egen forforståelse i den grad den var kjent og åpnet opp for nye perspektiver for å få en større forståelse av fenomen som ble belyst av informantene.

4.3 Kvalitative forskning intervjuer

Det ble benyttet kvalitative forskningsintervjuer for innhenting av data i denne forskningsundersøkelsen. Halvstrukturerte intervjuer med mest mulig åpne spørsmål ble benyttet. Intervjuguiden(vedlegg 4) ble utformet på grunnlag av studiespørsmålene(jfr pkt1.1). Emne og rekkefølgen i intervjuguiden fungerte som en grov skisse. Kvalitative forskningsintervjuer er i følge Kvale (2006), er en spesifikk form for samtale. Spørsmålene inneholdt en tematisk og en dynamisk dimensjon (Kvale,2006)

Det er det Kvale(2006) kaller livsverden som var fokus for intervjuene. Rice og Ezzy(1999) argumenterer for å gjennomføre åpne intervjuer, hvor en i minst mulig grad følger en oppsatt plan. Dette fordi en i det meste av kvalitativ forskning antar at ikke alle relevante spørsmål er kjent i forkant av studien. I tråd med hermenautisk tilnærming lot jeg de få fortelle fritt og forsøkte å lytte fordomsfritt til det de fortalte. Det ble lagt vekt på å være var for dynamikken i selv intervju situasjonen, la de få tenkepauser, la de få svare på spørsmål de selv stilte til egne forklaringer. Feks Har vi opplæringsplan tro? Hm, Nei det tror jeg faktisk ikke at vi har. Bare for nytilsatte. Samtidig gjennom mimikk og engasjement, bekreftelse og små ord, oppfordre informantene til å fortsette på ting de har begynt å fortelle om som var interessante, samtidig ta samtalen tilbake til tråder underveis i deres historie for å få utdype dette mer. Slik førtes samtalen frem og tilbake i stadige omskiftninger for å få frem mangfold i betydninger av det som ble fortalt. Hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til mangfoldet av betydninger innen for intervjuets stadige omtolkninger i en hermeneutisk sirkel.(Kvale

2006) Rice og Ezzy(1999) argumenterer for betydningen av at forskeren er deltakende i intervjuet. Det er altså ikke et mål, mener de, at forskeren skal være mest mulig nøytral.(ibid)

4.4 Utvalg

Denne kvalitative studien er basert på strategisk utvalg. For å svare på forskningsspørsmålene var det ønskelig med sykepleiere som har erfaring ifra ulike avdelinger og ulike virksomheter. Strategisk utvalg innebærer at informanter velges ut på grunnlag av de egenskaper eller kvalifikasjoner som er hensiktsmessige/strategiske i forhold til problemstillingen (Polit & Beck,2004; Thagaard,2002).

Utvalgsstede ble derfor et sykehjem i en storby kommune, et undervisningssykehjem og et sykehjem fra en liten landkommune. For å få både dybde informasjon men også en bredde i informasjon om opplevelser, meninger og erfaringer i forhold til læring og utvikling av kompetanse i sykehjem var det ønskelig med variasjon. Utvalget settes sammen på bakgrunn av hvilken informasjon de kan gi(Knizek,1998). Ifølge Patton(2002) får en, ved å samle data fra et lite utvalg med stor variasjon, både detaljerte, høykvalitetsbeskrivelser av hver case samt viktige, delte mønstre som gjelder flere caser og blir signifikante gjennom å ha fremkommet fra heterogenitet. Dette kan sies å være viktige funn i kvalitativ forskning. (ibid)

4.4.1 Rekruttering

Ledere ved hvert av de tre sykehjemmene ble kontaktet med forespørsel om deltakelse og fikk presentert studiens formål. De fikk så en mail med forespørsel om deltakelse og kriteriene for dette(vedlegg 1). Så forespurte lederne ved de tre virksomhetene, tre sykepleiere fra forskjellige avdelinger i hver enkelt virksomhet. Det ble her forespurt informanter fra 9 forskjellige avdelinger. Utgangspunktet er å sikre et relativt mangfold og bredde i utvalget for at ulike sider ved temaet/fenomenet skal bli belyst(Blystad; i Ellefsen, Foss 2005:80).

På to av stedene ordnet lederne med avtaler og tidspunkt for intervjuene. Et sted ble informantene kontaktet direkte for å avtale sted og tidspunkt for intervjuene. Alle deltakerne mottok informasjonsskriv(vedlegg 2) og samtykke erklæring(vedlegg 3).

4.4.2 Inklusjonskriterier

I dette prosjektet var det ønskelig med informanter av begge kjønn og variasjon i alder. Inklusjonskriteriene var at de skulle ha jobbet minimum to år i sykehjem og det skulle være minimum fem år siden de var ferdig utdannet. Polit et al(1995) sier at før man spør noen om

deltakelse må man vite hva som skal karakterisere disse. Patton(2002) beskriver at denne formen for sampling begynner med å identifisere forskjellige karakteristikk eller kriterier en ønsker ha med(ibid). Det ble ikke med i kriteriene om de hadde videreutdanning, hvilken type praksis de hadde og om de hadde arbeidet i andre institusjoner tidligere. Denne informasjonen ble kun samlet som et bakgrunnsmateriale for studien, om det skulle være ønske om å bruke det i forhold til presentasjon av funn. Hvis det å telle og måle noen av resultatene kunne utdype noen av funnene.

4.4.3 Utvalgets størrelse

Innenfor rammen av en master studie, ble utvalget 9 sykepleiere. Patton(2002) anbefaler at man angir et minimumsutvalg. Utvalgsstørrelsen vil være et spørsmål om blant annet tid, erfaring og ressurser. Det ble frafall av en informant på grunn av sykdom og det måtte underveis i prosessen tas stilling til om intervjuene hadde gitt nok data eller om utvalget måtte utvides. Rize og Ezzy(1999) skriver at utvalget er stort nok når forskeren mener dataene dekker nok av de dimensjonene de skal dekke, samt er rike nok. Thalgaard(2002) mener utvalget bør vurderes i forhold til metningspunkt. Når studien av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomener som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort.(ibid) Det er derfor vanskelig å vite på forhånd hvor mange som er nok. Størrelsen på utvalget er blant annet avhengig av hvor mange kategorier utvalget skal representere. En rettesnor er at antall informanter ikke bør være større enn, det en har mulighet til analysere på en grundig måte (Thalgaard,2002). Rize og Ezzy(1999) skriver videre at utvalget er stort nok når det kan støtte den foretrukne analysen. Andre forfattere hevder at det innenfor fenomenologiske og hermeneutiske studier ikke kan fastsettes et metningspunkt, dette fordi mening er uendelig og alltid kan utvides og endres (Dahlberg et al., 2008:175-176). Da de åtte intervjuene var foretatt var det matriale nok til den foretrukne analysen. Det ble ansett som “høykvalitets” data som kunne gi nok informasjon til denne begrensede studien. Det ble derfor ikke gjort forsøk på å fremskaffe flere informanter. Det var da syv kvinner og en mann som utgjorde utvalget i denne studien med en alderpredning på henholdsvis fra 30-54 år. De hadde arbeidet i sykehjem fra 2 - 35 år, samtidig hadde de arbeidspraksis fra 5 ½ -35 år. De hadde tidligere arbeidspraksis fra feltsykepleie, medisinsavdeling, lunge avdeling, kirurgisk avdeling. En sykepleier hadde lang erfaring som hjelpepleier før hun tok sykepleiutdanning. En av informantene hadde videreutdanning i paliasjon og en i eldre og aldring med spesialinteresse i ernæring hos eldre. Nåværende arbeid er ved somatisk langtids avdeling, demensavdeling, forsterket skjermet enhet og rehabiliterings avdeling og mottak for pasienter som blir overflyttet fra sykehus hvor de foretar mer behandling. Det ble derfor antatt at de, gjennom utdanning og klinisk praksis hadde et bredt grunnlag for å svare på mine spørsmål.

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjue guiden ble utprøvd i form av to prøveintervjuer for å finne ut om de åpne spørsmålene belyste de temaene jeg søkte innsikt i. Det ble også en prøve i forhold til min rolle som intervjuer. Kvale(2006) peker på betydningen av intervjuerens dyktighet når han sier at ”en dyktig intervjuer er ekspert på emnet og på menneskelig interaksjon” (s.93).

Intervjuing foregikk på et skjermet sted på sykehjemmet, dette skapte en trygg ramme rundt intervju situasjonen som trolig førte til en ”rikere” informasjon fra sykepleierne som ble intervjuet. Det ble benyttet flere innledende spørsmål, for at sykepleierne skulle komme igang med å fortelle. Spørsmålene var; *Kan du fortelle litt om hva du jobber med? Hvor lenge har du har jobbet ved den avdelingen? Hvor lenge har du jobbet for dette sykehjemmet? Hva har du har jobbet med tidligere?* Hensikten med disse spørsmålene var bare å få igang samtalen på en fri og avslappet måte, så kunne jeg stille utdypende spørsmål når de kom igang.

Samtalene gikk lett, de hadde stor interesse av å fortelle om egne erfaringer, tanker og opplevelse i forhold til læring og kompetanseutvikling i sitt arbeid for sykehjem. Det var tydelig at det var noe som intresserte dem og de hadde mye å fortelle. Det førte til et rikt intervju material. Det er likevel tydelig når man hører på lydopptakene at mangel på erfaring som intervjuer, førte til at endel oppfølgingsspørsmål som kunne utdypet problemområdet ytterligere, aldri ble stilt. Det ble også brukt for mange små utfyllende ord i spørsmål stillingen som gjorde at noen spørsmål ikke ble klare men heller utydelige. Samtidig er summen av intervjuene et rikt material, for det jeg ikke fikk spurt om hos en, ble plutselig utdypet hos en av de andre informantene. Det kan også handle om at jeg som intervjuer utviklet meg i løpet av intervjuene og min forforståelse utviklet seg slik at jeg stilte spørsmålene litt annerledes etterhvert. Grennes (2004) sier at det særegne for denne typen dataproduksjon er at det innebærer en læringsprosess for den som intervjuer.(ibid). Intervjuematerialie vil i dette perspektivet kunne sees på som en samproduksjon mellom informantene og forskeren. Datamateriale utvikler seg i denne relasjonen og dette samspillet. Hvor jeg som forsker tolker det som blir sakt underveis og fører samtalen videre i den retning jeg tror den kan gi de beste data i forhold til problemstillingen. Ved intervju oppfattes informantene som eksperter på den kunnskapen forskeren søker (Polit og Beck,2008) alle ble sett på som likeverdige informanter i forhold til tema de intervjues om.

Intervjuene ble tatt opp i sin helhet med digitalt lydopptak for senere transkribering.

4.6 Analyse av intervjuene

I denne studien ble intervjuene transkribert ned etterhvert som intervjuene ble gjennomført. Tolkningsprosessen startet i intervju situasjonen og ble ytterligere utvidet når det ble skrevet ned, det ble da lyttet til alle detaljer og små ord som ble brukt. Hva de la trykk på og

forsterket, sammenhengen det ble sagt i, og tonefall som ble brukt o.s.v. For å forstå den egentlige meningen, tolker jeg det som blir sakt på bakgrunn av min forforståelse. Det ble ansett at det å transkribere også var en tolkningsprosess, valgte derfor å transkribere intervjuene selv. Polit og Beck(2008) understreker betydningen av at transkripsjonen er akkurat, mens Kvale(2006) imidlertid presenterer eksempler på ulike måter å transkribere på. Kvale (2006) sier at transkriberingsprosessen ikke bare er en enkel teknisk prosess. Transkriberingen er en tolkningsprosess i seg selv, fordi transkripsjonen innebærer en oversetting fra et muntlig språk, som har sine egne regler, til et skriftlig språk med helt andre regler(Kvale 2006).

3.6.1 Videre analyse

I denne studien ble hele det transkriberte materiale lest flere ganger før strukturering av intervjuemateriale ble startet. Det ble lest gjentatte ganger i sin helhet, før det ble benyttet det Kvale (2006) kaller meningskategorisering. Her ble ikke noe materiale fjernet i utgangspunktet, det ble kun sett etter sammenhenger og meningslikheter i de 8 intervjuene. Dette var et stort material med ca 30 000 ord. For å komme frem til kategoriene leste jeg alle intervjuene flere ganger og så om de hadde uttalt seg om det samme, først var det enkelt ord som ble sett etter, ord som var brukt av flere av informantene f.eks sykepleiemøter(kategori 1), Refleksjonskort(kategori 2)Hospitering (kategori 3) Dette ble da tilsammen 28 kategorier. Så ble utsagn fra de 8 informantene som omhandlet det samme, puttet ordrett inn under de ulike kategoriene. Tolkingsprosessen kan, ifølge Kvale(2006) deles inn i strukturering av intervjumaterialet, klargjøring av materialet ved for eksempel fjerning av overflødig materiale og den egentlige analysen. Denne formen for analyse utvikles, både på bakgrunn av lesing av et representativt utvalg av datamaterialet og underveis i prosessen (Polit og Beck,2008) I neste steg ble det sett etter om noen omtalte det kategoriene handlet om uten å bruke ordet direkte. I de ulike kategoriene kan man så putte inn meningsbærende enheter fra datamaterialet (Kvale,2006). Det ble i denne prosessen utvidet med ytterligere fem kategorier. Av de åtte informantene utalte samtlige seg om personlig motivasjon for læring. Ordet motivasjon ble brukt av flere, i neste runde opplevde jeg at det var flere som sa noe om motivasjon uten å bruke ordet direkte, så det ble da de meningsbærende enheter som ble samlet og strukturert i alt ble det 33 forskjellige kategorier. Så samlet jeg alle menings enhetene om personlig motivasjon under denne kategorien.

Esempel 1. Personlig motivasjon med bruk av ordet motivasjon;

Det er jo en veldig god følelse at du utvikler deg innenfor faget du holder på med, så du ikke opplever stagnasjon på en måte. Hadde en vært i en stilling i alle år uten mulighet for å videreutvikle seg, måtte det vært en veldig forstemmende situasjon.

Føle at du ikke kommer noen vei, for en egenutvikling er en motivasjon i seg selv synes jeg da. Det er mitt personlige synspunkt. Når en når et faglig høyere nivå hele tiden, gjør det hverdagen lettere å håndtere. Det gir mer iver!

Her brukes ordet motivasjon men i eksempel to snakkes det også om motivasjon for å lære uten at ordet motivasjon er brukt, da var det meningen som ble lagt til grunn for å samle dette inn under personlig motivasjon.

Eksempet 2. Personlig motivasjon uten å bruke ordet motivasjon direkte.

Å være medlem av sykepleieforbundet og få oppdatert på sykepleien det synes jeg er kjempe viktig. De har hatt fokus på demens. Det har ikke bare blitt lest, det har blitt studert. Tatt meg flere ganger i, å ha lest fotnotene.

Meningsenheten her er motiasjon for læring, utsagnet gjenspeileren stor iver og motivasjon for å lære. Polit og Beck (2008) understreker at "developing a high-quality category scheme involves a careful reading of the data, with an eye to identifying underlying concepts and clusters of concepts" (s.510). Det ble benyttet veldig konkrete kategorier. Eks.

Sykepleiemøter, legen, refleksjonskort o.s.v Hvis forskerens mål primært er å beskrive, er det vanlig å benytte seg av relativt konkrete kategorier. Analyse ved hjelp av meningskategorisering muliggjør en eventuell senere koding av datamaterialet, og dermed også en viss form for "telling" eller "måling". Dette kan blant annet være nyttig dersom en ønsker å se dataene i forhold til bakgrunnsdata.

Eksempel på rådata plassert i en av de 33 kategoriene. Her er det et eksempel fra kategorien om sykepleiemøte; Du sa noe om sykepleie møter hvor ofte hadde dere det? Det er uregelmessig det bruker vi å ta fram når det er behov for det. Det er litt tilfeldig, det kanskje et par måneder i mellom av og til litt lengere. Det er litt opp til, i forhold til ferier og høytider. Og når det passer inn. Det ble så foretatt en tekst reduksjon. Da ble utsagnet om sykepleimøte til; Hvor ofte har dere sykepleiemøter? Det er uregelmessig, bruker å ha det når det er behov. Det kan være et par måneder imellom eller lengre. Når det passer inn.

På bakgrunn av de 33 kategorier ble det utviklet 4 hovedkategorier. Det er ulikt hvor mange kategorier som er bakgrunn for utvikling av hver hovedkategori. Det ble menings sammenhenger som ble styrende for hvilke underkategorier som ble brukt. Kvale(2006) sier at det vil være nødvendig detaljert å redegjøre for hvordan kategoriene er fremkommet for å ivareta studiens pålitelighet og troverdighet.(ibid).

De fire hoved kategoriene er;

1. Sykepleierne er motivert for læringsaktivitet, de har behov for planlagt opplæring og et stimulerende læringsmiljø for å utføre kvalitative gode tjenester for sykehjem.
2. Sykepleierne opplever et mangfold av læringsaktiviteter, det er store variasjoner og tilpasning av lærings tilbud er mangelfullt.
3. Sykepleierne bruker i liten grad litteratur og digitale kilder til oppdatering og tilegnelse av kunnskap.
4. Sykepleierne trenger ledere som implementer læring i planene og organiseringen av det daglige arbeid, og legger til rette for personlig og kollektiv læring.

Disse fire kategoriene ble utviklet på bakgrunn av underkategoriene og de sammenhenger som ble funnet i dette kategoriserte datamateriale. Ekempel på dette vises gjennom hovedkategori 2.

Sykepleierne opplever et mangfold av læringsaktiviteter, det er store variasjoner og tilpasning av lærings tilbud er mangelfullt.

(Kategori 1) sykepleiemøter; (Kategori9) Fagdager; (Kategori 8) Internekurs; (Kategori 32) Avdelingsmøter/gruppemøter; (Kategori 7) Ekstene kurs; (Kategori 15) Demensens ABC; (Kategori 3) Hospitering; (Kategori 26) Rapport og morgenmøte; (Kategori 31) Samhandlingsreformen; (Kategori 19) Legen (Kategori 2) Refleksjonskort; (Kategori 4) ambulerende team;

Det underkategoriene her viser er et mangfold av læringsaktiviter, men innholdet i utsagnene om disse aktivitetene viser også store forskjeller i tilbudet; Dette kan illustreres gjennom sykepleiemøter; Ved å se på utsagnene fra informanter ved hver enkelt virksomhet separat og sammenligner disse, sees strukturelle forskjeller. Sykepleierne forteller om forskjellig praksis fra de tre sykehjemmene. Sykehjem 1 har ikke faste intervaller mellom sykepleiemøtene. Sykehjem 2 har ikke sykepleiemøter lenger. Sykehjem 3 har sykepleiemøter regelmessig. De som ikke har sykepleie møtene lenger sier at dette er et savn. Alle beskriver nytteverdien av disse møtene ganske likt. Det at de sitter sammen og snakker om et faglig tema og ha undervisning er verdifullt. Utifra dette at de var så store forskjeller kunne jeg da si i hovedkategori 2 at det var store forskjeller og at tilretteleggingen var mangelfull. Hva som var mangelfullt var ulikt fra de forskjellige stedene, det presiseres i presentasjon av funn. I den egentlige analysen utvikles intervjuenes mening (Kvale, 2006) Intervjupersonens egen

forståelse hentes frem i lyset, og forskeren presenterer nye perspektiver på fenomenet (ibid). Dette blir presentert i kapittelet 5 om funn.

4.6 2 Pålitelighet

Det har forsøkt å være eksplisitt i forhold til stegene i denne analyseprosessen. Kvale(2006) sier at en måte å kontrollere analyseprosessen på, er å redegjøre for prosedyrene som er benyttet (ibid). Ifølge Kvale(2006) kan dette gjøres ved å presentere eksempler på tolkningsmaterialet, for deretter å forklare alle trinnene i analyseprosessen. Slik vil en, som tidligere nevnt, bidra til påliteligheten og troverdigheten av studien. Dette er forsøkt gjort i det foregående. Kvale(2006) understreker dette poenget ved å sitere Giorgi(1975): ”Når konteksten og intensjonen er kjent, er avviket som oftest forståelig for alle, selv om ikke alle er enige i det” (Kvale,2006,s.137)

Når metoden som er brukt for å komme frem til ny kunnskap er tydeliggjort og hvordan planleggingen og gjennomføringen har foregått. Må jeg i etterkant stille spørsmål om denne undersøkelsen gir meg svar på spørsmålene jeg har stilt og det jeg hevder den vil gi svar på og om resultatene kan overføres til andre sammenhenger til andre sykepleiere i andre virksomheten. Pålitelighet er et mål på i hvilken grad resultatene av en undersøkelse er til å stole på(Grenness,2004). Kritikk av intervju studier er at de ikke kan generaliseres fordi det er for få personer med. Kvale(2006) sier at studier har vist at kunnskap innhentet fra små grupper senere har vært generaliserbare også for større grupper.

4.7 Etiske overveielser

Etiske overveielser i denne undersøkelsen omhandler informert samtykke, risiko, fordeler og anonymitet. Disse prinsippene har påvirket valgene under planleggingen, gjennomføringen og publiseringen av undersøkelsen (Polit.et.al,1995;Kruse,1989;Davis,1989). Informasjon om studien, og hvordan intervjuene vil bli behandlet for å overholde taushetsplikt og behandle dette konfidensielt. Alle mottok informasjonsskriv om undersøkelsen. Skjema for informert samtykke er benyttet og de har blitt informert om frivillighet og muligheten til å trekke seg (vedlegg 3). Alle intervjuene ble tatt opp med digital lydopptak og all transkripsjon ble utført av ansvarlig for studien. Alle data ble avidentifisert, før det videre arbeid. Data holdes innelåst på et sikkert sted. Alle intervjuer vil bli slettet ved utgangen av studien. Det er ikke grunn for å tro at sykepleierne løper noen risiko ved å ha deltatt i denne undersøkelsen, fordelene kan være at de vil bli mer bevisst sine egne kunnskapsområder og egen kompetanseutvikling.

Datainnsamlingen jeg skulle utføre var meldepliktig i henhold til kravene fra Norsk

Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste(NSD). Det har i denne i studien blitt behandlet personopplysninger, det vil si; Thalgard (2009) opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner gjennom navn, personnummer, fødselsdato eller referansenummer som henviser til slike data(ibid). Hvordan alt materiale skulle avidentifiseres ble redegjort for. En godkjenning fra NSD innebærer at det ble benyttet informert samtykke og alle data ble behandlet konfidensielt (Thagaard,2009). Planen for behandling av persondata, ble vurdert til å tilfredsstille kravene NSD har til behandling av personopplysninger. Samt kravene i personopplysningsloven. Det ble da gitt referansenummer(26460) og tillatelse til å starte arbeidet med innsamling av data. Tillatelse til å utføre datainnsamling på sykehjem ble innhentes hos virksomhetsleder for den aktuelle virksomheten. Ved avsluttning av prosessen med å analysere av datamateriale og funnene var kartlagt, ble alle lydfiler slettet og navnelister og andre data ble makulert. Det ble så meldt fra til datatilsynet at sletting og makulering var foretatt.

5.0 Presentasjon av funn

5.1 Sykepleierne er motivert for læringsaktivitet, de har behov for planlagt opplæring og et stimulerende læringsmiljø for å utføre kvalitative gode tjenester for sykehjem.

5.1.1 Sykepleierne er motivert for læring for å gjøre en god jobb.

I intervjuene med de åtte sykepleierne gir de tydelig uttrykk for at de har krav til seg selv om å utføre tjenester av høy faglig kvalitet. Drivkraften og motivasjon for å lære er sterkt knyttet til selve verdiene i det arbeidet som utføres. Det er et grunnleggende ønske om å gjøre godt mot et annet menneske som er kjernen i motivasjon. En sykepleier formidler at det er samme motivasjon som gjorde at hun engang valgte å bli sykepleier.

Det er viktig å handle riktig fordi vi har med mennesker å gjøre. Jeg ønsker å gjøre en best mulig jobb.

Samtidig formidler sykepleierne at behovet for personlig utvikling er en drivkraft og en indre motivasjon for å tilegnelse av ny kunnskap.

Det er en veldig god følelse at du utvikler deg innenfor faget du holder på med, så du ikke opplever stagnasjon. Hadde en vært i en stilling uten mulighet for å videreutvikle seg, måtte det vært en veldig forstemmende situasjon. For en egenutvikling er en motivasjon i seg selv, synes jeg. Når en, et faglig høyere nivå hele tiden, gjør det hverdagen lettere å håndtere. Det gir mer iver!

Det å utvikle nødvendige kunnskaper innenfor faget, skaper en trygghet, gir en mestringsfølelse, gjør hverdagen lettere å håndtere og det skapes et større engasjement og glede for arbeidet. Sykepleierne opplever at de har behov for et mangfold av kunnskaper, både teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter, erfaring med lignende situasjoner og evnen til kreativitet for å dekke brukernes behov for tjenester.

Jeg er veldig opptatt av å gjøre en god jobb og føle en faglig trygghet. Mer du lærer jo tryggere blir du, moroere er det å utføre en oppgave. Det er gøy når en føler at en mestrer. Så er det like ille når du føler at du ikke løser den oppgaven, så godt som du skulle ønske. Du skulle ønske, du hadde mer kunnskap om det.

Samtlige sykepleiere gir uttrykk for at de opplever det utilfredsstillende å ikke ha nødvendig kunnskap til å gi kvalitativ god pleie og omsorg.

Sykepleierne legger stor vekt på mulighet for faglig støtte og veiledning for å mestre de utfordringer de møter i sitt arbeid for sykehjem. Det er stor enighet om at et stimulerende miljø har betydning for motivasjon og mulighet for å lære. En av sykepleierne uttrykker at det er sånn ”drive” her, alle ønsker å lære. Denne sykepleieren opplever at det er et stimulerende miljø hvor de gjensidig påvirker hverandre i en retning av stadig å søke ny kunnskap.

Det som gjør at man blir motivert for å lære er kollegaene. Det har mye å si hvis det er et stimulerende miljø. Hvis de er opptatt av kompetanseheving. Hvis en hører at det flere som er engasjert og jobber for å øke kunnskapen, motiverer det.

Når de opplever positive tilbakemeldinger fra ledere og andre kollegaer eller når pasienter og pårørende gir uttrykk for at de er fornøyde, er dette positive motivasjonsfaktorer. Det å bli sett og få tilbakemeldinger sier de gir lyst til å strekke seg og yte mer, og oppleves som viktig motivasjon for å tilegne seg mer kunnskap.

En sykepleier bruker egen fritid for tilegnelse av spesial kunnskap, ordet motivasjon brukes ikke men utsagnet viser stor grad av motivasjon for å lære.

Å være medlem av sykepleie forbundet og få oppdatert på sykepleien det synes jeg er kjempe viktig. De har hatt fokus på demens. Det har ikke bare blitt lest, det har blitt studert. Tatt meg flere ganger i, å ha lest fotnotene.

Det å etablere en kultur for læring og tilrettelegge for faglig utvikling, mener sykepleierne er viktig for trivsel i arbeidet, faglig trygghet og de tjenestene brukerne får, det skaper en større glede og engasjement.

5.1.2 Sykepleiernes behov for planlagt opplæring

Sykepleierne opplever ikke samsvar mellom utfordringer i arbeidet og tilbud om opplæring. De ønsker å ha kunnskaper for å kunne møte utfordrende situasjoner i sitt arbeid for sykehjem, men flere sykepleiere nevner situasjoner der de ikke har fått nødvendig opplæring for å møte den aktuelle situasjonen. Slike situasjoner kunne i stor grad vært unngått hvis det hadde vært en plan for opplæring i sykehjem mener de. Forholdene for læring har gradvis blitt dårligere de senere årene mener sykepleierne.

Jeg skulle gi parenteral ernæring og jeg hadde aldri blitt vist det. Så jeg måtte faktisk ringe en sykepleier som hadde fri og spørre henne om å komme. Hun gjorde det, for jeg kjenner henne godt. Da skrev jeg avviki melding til ledelsen. Dagen etter ble det satt i gang undervisning for alle sykepleierne på huset. Jeg synes det var så unødvendig. Det her var noe de skulle sett i forkant. Det her er et behov. Det her er en pasient som trenger hjelp til dette.

De sykepleierne som gir uttrykk for de alvorligste sviktene, er de som arbeider alene som sykepleiere og som har lite fagkunnskap i kollega felleskapet. De føler seg mest rammet ved manglende rutiner og gir klart uttrykk for at de ønsker systemer for planlagt undervisning.

Det er veldig spennende å lære. Undervisning kan bli bedre. Det kan settes enda mer i system, så man er i forkant. Slik at samtlige sykepleiere har vært igjennom samtlige prosedyrer ikke bare når de oppstår. Som regel tar vi det når det oppstår, men man kan jo være i forkant også. Å kjøre noen dager med internkurs.

Sykepleierne omtaler arbeid med brukerne i sykehjem, som en rik mulighet for læring.

Det er jo mange forskjellige pasienter, mange forskjellige situasjoner. Mange læringssituasjoner.

De forteller at de får en stor bredde i erfaringer fordi brukerne har så ulike behov. Dette skaper også store utfordringer og setter sykepleiernes kunnskaper og erfaringer på prøve. Flere sykepleiere forteller at de ofte står alene i situasjoner som stiller store krav til både kunnskaper, kreativitet og improvisasjon for at de skal kunne utføre tjenestene på en tilfredsstillende måte. Flere gir uttrykk for at de i slike situasjoner hadde ønsket å ha noen å rådføre seg med. Andre sykepleiere forteller at de har kompetanse i personalgruppen og er rustet for enhver situasjon og føler seg trygge på at de innehar nødvendig kompetanse.

Sykepleierne opplever at noe av kjernevirksomheten i sykehjem har blitt endret ved innføring av samhandlingsreformen, sykepleierne har behov for opplæring i medisinsk teknisk utstyr i omsorgen for ferdigbehandlede pasienter/brukere som blir overflyttet fra sykehus. De forteller at de gir mer behandling på sykehjem nå enn tidligere. En sykepleier forteller at de har fått opplæring i å ta blodprøver og en del annet laboratoria arbeid. Opplæringsbehovet knyttet til samhandlingsreformens, dekkes delvis av ambulerende team fra sykehuset som rykker ut og

gir opplæring etter behov. Sykepleierne gir uttrykk for at Ambulerende team er et positivt tilskudd, men at det ikke dekker det totale opplæringsbehovet i forhold til de nye kravene til kunnskap. De har behov for opplæringsplaner og tilrettelegging for tilegnelse av nødvendig kunnskap.

Flere sykepleiere har erfaring med at legen kommer og underviser om diagnoser og behandling og mener dette er svært nyttig. Flere ønsker en kontinuitet i dette når de får inn alvorlig syke brukere, eller brukere med komplekse problemstillinger.

Vi hadde et mål om at vi skulle få tilsynslegene til å komme inn på undervisningsplan å ha internundervisning og det har vi fått i gang.

Sykepleierne mener de aldri kan være helt forberedt, uforutsette situasjoner oppstår, derfor er det viktig å gjøre noe med de forholdene som kan gi en større forutsigbarhet i arbeidet. De mener det bør lages en felles kompetanseplan for tilegnelse av spesial kunnskaper knyttet til bruker gruppen. Denne mener de må evalueres og korrigeres i takt med endrede brukerbehov. Så bør det utformes en individuell opplæringsplan for tilegnelse av kunnskap tilpasset den enkeltes kompetansebehov. De opplæringsplanene sykepleierne omtaler og har kjennskap til er plan for opplæring i medikament håndtering og opplæringsplan for nytilsatte. Opplæring for nytilsatte er ganske lik på de åtte avdelingene, de kjenner ikke til opplæringsplaner for videre kompetanseutvikling for sykepleierne. Virksomheten er pålagt gi opplæring i medikament håndtering og forandringer av lovverket som har betydning for utførelsen av sykepleie til pasientene.

Det eneste de har systematikk i er medikamentopplæring, for der må vi jo ha kurs med jevne mellomrom. Men utover det vet jeg ikke at det finnes noe spesielt system nei.

Fra alle tre virksomhetene fortalte sykepleierne om opplæring i forhold til paragraf 4 a om bruk av tvang. Undervisningen hadde foregått på forskjellige måter, fra samtaler i små grupper til større kurs. Det var tydelig at ledelsen hadde en plan for hvordan de ønsket å formidle pålagt/nødvendig informasjon til medarbeiderne. Sykepleierne forteller at kompetanseheving i sykehjem må til og at det bør lages en plan for dette.

Det tror jeg ikke de har altså, det vet jeg ikke, nei. Det burde de egentlig ha hatt nå, for kompetanseheving i sykehjemmet må til.

Sykepleierne var ansatt ved tre forskjellige sykehjem og ved åtte forskjellige avdelinger. Det var derfor overaskende at ingen hadde kjennskap til opplæringsplan eller kompetanseutviklingsplan for sin avdeling eller for virksomheten som helhet. Det var kun en av sykepleierne som hadde deltatt i klinisk stige på sykehuset som sa;

”Jeg skjønner jeg har vært borti det på sykehuset når jeg jobba litt der, der var det en spesiell perm hvor vi gikk trinn for trinn, men det kjenner jeg ikke til her”.

Opplæringsplanen bør utarbeides og bidra til målrettede læringsformer og læringsarenaer for den enkelte, avdelingen og virksomheten i sin helhet mener de.

Noen sykepleiere gir uttrykk for at de ikke har behov for opplæringsplaner, de har tilgang til den nødvendige kunnskap gjennom at det finnes høy faglig kompetanse på deres arbeidsplass. De har kollegaer som har erfaring fra ulike fagområder og føler at de vet hvor de skal henvende seg for å få undervisning når de mangler kunnskap.

5.1.3 Stimulerende læringsmiljø

Sykepleierne har behov for å utveksle kunnskap i sitt daglige arbeid for å gi tjenester av høy faglig kvalitet til brukerne.

Etter min mening fungerer læring best i et sykehjems miljø når du får det fra kollegaer i praksis fremfor at du får det på et teoretisk grunnlag. Teori blir veldig viktig men det blir nesten verdiløst uten å ha vært gjennom det i praksis.

Mye læring skjer gjennom samtaler og utveksling av kunnskap i forhold til hva som er de beste tiltakene i forhold til bruker problematikk. Sykepleiernes læring i praksis skjer ofte ved at de lærer av mer erfarne kollegaer. Noen sykepleiere beskriver læringsmiljøet på sin avdeling som åpent og trygt, med kunnskapsrike kollegaer og med god tradisjon for å bruke hverandre. Det er legitimt og lett å be om hjelp eller opplæring.

Det er en veldig fin gjeng og jobbe med. Siden vi er veldig trygge på hverandre er det ingen som er redd for å gå og spørre noen om hjelp. Så kan de bli vist og få litt opplæring. Det er ingen som føler de er bedre enn andre, alle er likeverdige.

Kvaliteten på tjenestene vi gir er avhengig kollegafelleskapets kunnskaper, ferdigheter, holdninger formidler sykepleierne. Sykepleierne i denne studien har opparbeidet seg ulik kompetanse gjennom sine yrkeskarrierer og det er stor variasjon i arbeidspraksis. En

sykepleier forteller om 35 års arbeids erfaring fra geriatri, andre har arbeidspraksis fra feltsykepleie, kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, lungeavdeling, fra hjemmesykepleie og psykiatri. De viser til at det finnes store kunnskapsressurser i form av kompetente medarbeidere i sykehjem. En sykepleier forteller om høy kompetanse blant medarbeiderne, mye videreutdanning og en iver for stadig å tilegne seg mer kunnskap.

Det er så mange som har veldig mye utdanning her av sykepleierne. Tror samtlige har videre utdanning. Alle har videreutdanning i demens, paliasjon, geriatri, eldreomsorg eller psykologi. Det er alltid noen som går på skole. De siste nå som absolutt ville gå på skole, fikk ikke dekket det. De betaler det selv. Alle er veldig opptatt av å lære her. De vil videre det er en veldig sann "drive" her.

En av sykepleierne beskriver kompetansen hos sine medarbeidere og begrunner ut fra dette at det ikke behov for å styrke sin egen kompetanse utover det som blir tilført fra kollegaene.

Noen har vært i psykiatri, somatisk praksis i forskjellige områder. Så har vi de som har gått på sykehjem siden de var ferdig utdannet for mange år siden. Vi har jo en sann "kunnskaps pul" på en måte som jeg har fått tatt del i.

En sykepleier beskriver kollegalæring som et felleskap der kunnskap kontinuerlig deles for å styrke felleskapet og gjennom dette økes den kollektive kompetansen på avdelingen.

Siden jeg ikke har så mye erfaring, har jeg mest å lære av erfarne kollegaer. Samtidig får vi inn nye som trenger den kunnskapen jeg har, det blir jo ny videreføring. De nyutdannede sykepleierne sitter ofte på en enorm teoretisk kunnskap, spesielt på de områdene de har lært om i tilknytning til praksis. De kan igjen tilføre mye ny teoretisk kunnskap, som mer erfarne sykepleierne kan ha nytte av.

Sykepleierne gir uttrykk for at den uformelle organisasjonskulturen vil være med på å påvirke den enkeltes vilje til å dele kunnskap. Det er ingen selvfølge at kunnskapsrike medarbeidere deler kunnskapen med resten av felleskapet, det må opparbeides en tradisjon eller en kultur for dette sier de.

En sykepleier forteller om forskjellen ved en tidligere arbeidsplass hvordan kunnskapen måtte innhentes gjennom skriftlige kilder, internett eller fagbøker fordi det var lav fagkunnskap i kollegafellesskapet. Mens det nå læres fra kollegaer i det daglig arbeid i forhold til brukernes

behov. Samtidig som de kvalitets sikrer tiltakene gjennom å rådføre seg med en tredje person når de er usikre.

Det ble en stor forandring når jeg kom hit, hvor jeg er nå. Jeg konferere mye mer med kolleger. En del kolleger har veldig brei kunnskapsbase. Nå føler jeg at jeg lærer mye mer gjennom mine kollegaer enn jeg har gjort tidligere. Jeg lærer i mindre grad ut fra skriftlige kilder og mye mer i det hverdagslige når jeg går sammen med sykepleiekolleger. Det er ofte at vi er uenig om ting, da finner vi at vi må søke etter en tredje instans og prøve å få validert de forslaga vi kommer med. For å få vite hva som er riktig framgangsmåte innenfor forskjellige situasjoner vi kommer opp i.

Det hadde vært ønskelig at alle sykepleierne i sykehjem hadde tilgang til kunnskapsrike kollegafelleskap, men det er forhold som gjør at hverdagen fortøner seg helt annerledes for en del sykepleiere. Sykepleiebemanningen varierer i sykehjem også internt i en organisasjon. Det blir veldig forskjellig å jobbe alene som sykepleier enn i et team med flere.

Nå er det sånn at vi har sykepleiestillinger som ikke er bemanna opp. Vi sliter med å få besatt stillingene. Det kan derfor være dårlig med kompetanse, det er ofte mange assistenter.

Denne sykepleieren gir uttrykk for at hun savner et fagligmiljø med mulighet for faglige samtaler og refleksjon. Det er utilfredsstillende når du er alene i arbeidssituasjon og ansvaret blir for stort.

Det som begrenser seg når en er færre sykepleiere er faglige diskusjoner. Det hender ofte at det er bare meg på jobb, på en stor avdeling med over 20 pasienter. Jeg synes ikke det er gunstig.

Denne sykepleieren viser til forhold som går utover både motivasjon, trygghet og trivsel i jobben.

I avdelinger med lav sykepleiedekning er det viktig for sykepleierne å vite hvem de kan henvende seg til, når de står overfor krevende situasjoner, for å få nødvendig støtte og hjelp. Sykepleierne forteller at de ikke har kjennskap til kompetansen til medarbeidere på andre avdelinger, bare på grunnlag av personlige bekjentskaper.

Nei bare her, avdelingsleder har vært intensivsykepleier. Ellers har jeg ikke noe særlig oversikt over de andre.

De sykepleierne som arbeider på avdelinger med lav fagkunnskap, trenger å føle at de er en del av et større felleskap forteller de. Det er behov for å utvikle en kultur for deling av kunnskap på tvers av avdelingene, der det ikke finnes. En sykepleier som også jobber alene viser gjennom sine utsagn at et slik nettverk er etablert på hennes arbeidsplass.

Akkurat den avdelingen jeg er på nå er jeg alene sykepleier. Det er ikke sykepleiere på avdelingen men jeg har et større felleskap ellers på huset.

Her er det tydelig at denne sykepleieren føler seg trygg på å samarbeide på tvers av avdelingene. Sykepleieren vet hvor kompetansen finnes og benytter seg av den. Det blir uttrykt stor grad av trivsel og trygghet. Informanten omtaler også senere sykepleierne på huset under ett, dette gjenspeiler en tilhørighet på tvers av avdelingene.

Vi trives og vi er en kjempefin gruppe. Det er veldig stabile folk som har vært her i mange år, samtidig som vi har rekruttert nye sykepleiere.

En slik tilhørighet og kjennskap til kunnskapsressursene til kompetente medarbeidere gjør at hun alltid har noen å rådføre seg med.

Det mest verdifulle i forhold til læring er det uformelle med kollegaer, fordi det formelle med kurs og annen undervisning blir mer sporadisk.

Sykepleierne mener at det bør være et mål at sykepleierne gjennom et stimulerende fagmiljø skal være med å utvikle tjenesten. Medarbeidere som er nytenkende og kreative og opptatt av fagutvikling smitter over på de andre formidler de.

Når sykepleierne fikk spørsmål om de trodde andre kollegaers spesialkompetanse ble brukt av de andre medarbeidere i organisasjonen. Svarte de bekreftende på dette, de trodde spesialkunnskapen til de andre medarbeiderne ble benyttet. Hos de som selv har videreutdanning og får spørsmål om deres kompetanse blir bruk av andre medarbeidere, svarte de avkreftende på dette. De opplever ikke at deres spesialkompetanse blir brukt av de andre medarbeiderne. Så det kan tyde på at sykehjem har en del ubenyttede kunnskapsressurser. Sykepleierne uttrykker klart at ikke kunnskapsressursene i organisasjonen blir brukt optimalt.

Men det er klart vi har andre sykepleiere som sitter på mye kunnskap som vi kunne dratt mer veksle på, paliasjon og kreftsykepleie og sårne ting, det har vi sykepleiere med kompetanse på.

Sykepleierne oppgir også brukerne og deres pårørende som en viktig kilde til kunnskap. Gjennom å lytte til deres fortellinger og gjennom den daglige omsorgen utvikler sykepleierne sin menneskekunnskap og kunnskap om hvordan det oppleves å ha forskjellige sykdommer. Sykepleierne utvikler også erfaringskunnskap gjennom å møte de samme sykdomstilfellene hos forskjellige brukere. Individuell kunnskap kan i et lærende fellesskap omgjøres til kollektiv kompetanse og ha betydning for kvaliteten på tjenestene til brukerne. Den gode omsorg oppstår når samspillet mellom kollegaene er trygt og godt, da vil forholdet mellom personale og brukere også bli påvirket av dette formidler sykepleierne.

5.2 Sykepleierne opplever et mangfold av læringsaktiviteter, det er store forskjeller og tilpasning av lærings tilbud er mangelfull

5.2.1 Store forskjeller i tilrettelegging av læringsarenaer

Sykepleierne forteller om en stor bredde og et mangfold i læringsmuligheter, dette er knyttet til mange ulike aktiviteter. Sykepleierne uttrykker behov for både generelle og spesialiserte kunnskaper for å dekke behovene for god pleie og omsorg til brukerne. Samtidig rapporterer flere sykepleiere at tilbudet til organisert læringsaktivitet har blitt dårligere.

Sykepleiemøtene nevnes som en viktig arena som brukes til undervisning, samtale om praktiske og organisatoriske forhold og erfaringsutveksling. Sykepleiere mener inspirasjonen fra sykepleiemøtene bør brukes til noe kreativt og bidra til å forme virksomheten.

Ved å se på utsagnene fra informanter ved hver enkelt virksomhet separat og sammenligner disse, sees organisatoriske forskjeller.

- Sykehjem 1 har ikke faste intervaller mellom sykepleiemøtene.
- Sykehjem 2 har ikke sykepleiemøter lenger.
- Sykehjem 3 har sykepleiemøter regelmessig.

De som har sykepleiemøtene regelmessig spesifiserer innholdet mye tydeligere og forteller at sist var det om sårbehandling og bandasjemateriell. De bruker interne eller eksterne forelesere avhengig av tema. Sykepleierne forteller at de da deler erfaringer og spør om råd.

Ja det er jo sånn som når det er bandasje materiell, så kan man si, en bruker har et sår som ser sånn og slik ut, hvordan ville dere ha gjort det.

Alle beskriver nytteverdien av disse møtene ganske likt og de som ikke har sykepleiemøter lenger savner denne læringsarenaen.

Det ble bare avvikla akkurat som "sjopp" var det ikke noe mer. De tok seg ikke tid til å la oss få den tiden. Er det noen andre fora dere bruker til å ha faglige diskusjoner? Jeg føler ikke det nå. Det har vært veldig tilfeldig, siden vi ikke har hatt sykepleiemøter og ikke har hatt fast møte tid og sånn. Jeg synes sykehjemmet bør tilrettelegge bedre for læring for oss sykepleiere. Sånn at vi kan tilegne oss mer kunnskap. Vi står jo ansvarlig for vår egen utvikling og læring.

Sykepleiere forteller om fagdager som fyller et behov for hele personalgruppen i forhold til opplæring. De blir oppfordret til å komme med forslag til temaer. Det brukes både interne og eksterne forelesere og det gis rom for diskusjon og refleksjon rundt tema. Sykepleier får en undervisende funksjon disse fagdagene samtidig som de kan lære mye av erfarne hjelpepleiere og medarbeidere fra andre avdelinger. Fagdager er nyttige og bidrar til kunnskaps økning i personalgruppen formidler de. Disse møtene beskrives ganske likt i to av virksomhetene men det er stor variasjon i hvor ofte de har disse møtene.

- Sykehjem 1 har fagdagene to ganger i året.
- Sykehjem 2 har ikke fagdager lenger.
- Sykehjem 3 har halve fagdager fast hver måned.

Fagutvikling, vi har sånne tema dager to ganger i året. Da prøver vi å få med alle. Da kan vi ta for oss temaer som vi har lyst til å vite litt mer om, det bestemmer vi selv. Så leier vi inn foredragsholdere. Det er veldig inntresant, for da kan vi sitte og diskutere, det er veldig fine dager.

Læringsutbytte i sykehjem 1 og sykehjem 3 vil være ulikt på grunn av tids intervallene mellom møtene. At tilbudet hadde blitt borte i sykehjem 2 opplever sykepleierne som svært frustrerende, for samtidig som tilbudene har blitt borte, formidler sykepleierne at deres

opplæringsbehov har økt. Sykepleierne trekker paralleller mellom innsparingstiltak og reduksjon av læringsaktivitet. De opplever ikke at det tilrettelegges for nødvendig læringsaktivitet og er frustrerte over denne situasjonen.

Vi hadde også fagdager eller sånne kurs dager her på sykehjemmet som var lagt inn i turnusen vår. Hver sjette uke hadde vi en hel dag. Det var sånn intern undervisning her på sykehjemmet, sånn at alle faste ansatte kunne delta. Det også ble bare tynna ut etter hvert, så til slutt ble det helt borte. Ingen ting som har erstattet det heller. Forholdene har blitt dårligere når det gjelder internundervisning.

Denne sykepleieren har hørt at det ligger i planene at de skal få det igjen både fagdager og sykepleiemøter.

Jeg ønsker meg fagdager for sykepleiere ikke for alle samla men at de tilrettelegger for det, det hadde hjulpet meg masse at de tar oss på alvor faktisk at vi trenger og oppfriske våre kunnskaper og videreutvikle oss.

Sykepleieren her gir uttrykk for at det er helt nødvendig at de får mer opplæring, hun etterlyser å bli tatt på alvor. Noen sykepleiere formidler at det tilrettelegges for kurs for bare sykepleiere innimellom da kan det være noen som har spisskompetanse på et emne, som underviser de andre sykepleierne. Når vi får nødvendig opplæring får det ringvirkninger på tjenesteutøving ellers i avdelingen, siden vi står med et stort opplæringsansvar i forhold til andre yrkesgrupper sier sykepleierne.

5.2.2 Kunnskapsutveksling knyttet til tiltak for brukerne

Avdelingsmøter(gruppemøter) er ukentlig, for hele personalgruppen. Her tar de for seg de brukerne som de føler ikke får optimale tjenester og ser på hva som kan gjøres bedre. Når man må forklare og argumentere for tiltakene på et faglig grunnlag, lærer man av det selv. En må reflektere over hvorfor en velger en løsningen fremfor en annen. Man danner seg alltid et mer helhetlig bilde når en får komplimentert sine egne observasjoner med andres, slik er det lettere og komme frem til gode løsninger i felleskap.

Sykepleierne forteller at det er vanlig praksis i sykehjem å starte dagen med morgenmøte eller rapport. Disse møtene brukes til deling av kunnskap om brukerne. Hvordan medarbeiderne har observert brukerne den tiden de har arbeidet og om det har vært noe ekstra. Tiltaksplan er grunnlaget for denne kunnskapsutvekslingen så det er problemer, tiltak, mål og evaluering av

disse, i forhold til ivaretagelse av brukernes behov som er i fokus. Her fordeles daglige gjøremål og praksislæring etterspørres.

Morgenmøte brukes til å ta opp aktuelle problemstillinger, så morgenmøter er egentlig den viktigste tiden for oss. Vi snakker om faglige ting hver dag, tar opp forskjellige gjennomføringer eller tiltak i forhold til brukerne dette blir diskutert på et faglig grunnlag.

Kunnskapen som blir formidlet i morgenmøtene, vil være avhengig av den kompetansen som finnes i personalgruppen. Liten fagkompetanse vil føre til en mer sårbar læringsarena enn der det er høy fagkompetanse. Det er lederne som må organisere virksomheten slik at de kompetanseressursene som finnes i organisasjonen blir brukt på best mulig måte.

Sykepleierne opplever at de bidrar med mye fagkunnskap i forhold til hva som vil være de beste tiltakene og hva målene bør være i forhold til problemområdene til brukerne. Noen sykepleiere forteller at det har blitt innført stille rapport på avdelingen de arbeider. De mener det er for å luke bort ekstra prat og dårlig utnyttelse av tiden. Sykepleierne her gir uttrykk for at de opplever dette utilfredsstillende de føler behov for å snakke med kollegaer i rapportmøte. De forteller at det ofte blir litt diskusjon allikevel.

Et sykehjem hadde mer målrettet aktivitet i forhold til læring, i forbindelse med rapporten på morgenen. De brukte refleksjonskort som var små sitater eller pasient caser som bidrar til etisk refleksjon. En del caser er hentet fra situasjoner i virksomheten og er derfor gjenkjennelige, dette synes sykepleierne var en fin måte og starte dagen på. Den ene sykepleieren siterer fra Løgstrup som var dagens sitat.

Refleksjonskortene omtaltes som nyttig fordi sykepleierne opplevde at de fokuserte på kvalitet og god behandling av pasientene allerede før de går ut i avdelingen på morgenen. Sykepleierne gir uttrykk for at denne tiden til refleksjon er nyttig for felleskapet, for eget fokus og for kunnskapsutvekslingen som foregår disse ti minuttene om morgenen.

Ved vakt skifte på ettermiddagen brukes tiden også til kunnskapsutveksling. Noen nevner at denne kunnskapsutvekslingen foregår både i selve rapport situasjon og når de skal dokumentere i pasientjournal.

Vi skriver jo rapport på omtrent samme tid alle mann på ettermiddagen. Da pleier vi å være inne på vakt rommet, så da har vi muligheten til å ta en diskusjon. Hvis det er noe vi lur på. Så deler vi pasientkunnskap og går igjennom litt rapport på alle pasientene, hvis det er noe forandringer.

Når legen har vært å sett til brukere som har behov for tilsyn, diskuterer gjerne sykepleier og legen ulike tiltak og behandlinger. Legen oppgis som en rik kilde for tilegnelse av kunnskap, samtidig er legen avhengig av sykepleiernes observasjoner for å kunne gjøre en god jobb i forhold til brukerne i sykehjem. De føler at samarbeidet med legen bygger på en gjensidig faglig respekt og anerkjennelse av den andres jobb. Sykepleierne formidler at legens kjennskap til brukerne oppleves som en trygghet, de ringer gjerne dem istedenfor legevakten. Sykepleierne opplever at noen leger har et eierforhold til pasientene sine, de forteller om leger som er tilgjengelig på egen fritid. Sykepleiernes opplevelse av tilgang til kunnskapsutveksling med legen er forskjellig. Det var en sykepleier som formidlet at hun prøvde å ordne opp i ting selv, fordi hun visste at de var veldig travle. Hun formidlet at det var helt greit å kontakte dem, det ble alltid godt mottatt. Samtlige mener legene er en kunnskapsressurs som i større grad kunne vært benyttet i internundervisning.

En sykepleier forteller om at legen har utarbeidet en egen mal for sykepleierne på avdelingen, hvor det står, hvordan de skal opptre i akutte situasjoner.

Legen har et ark foran på hver medisinerpermen legen har skrevet en godkjenning for hva vi som sykepleiere kan gjøre hvis det oppstår en akuttsituasjon med anafylaktisksjokk, akutte smerter, oppstått urinveisinfeksjon som er påvist ved analyse. Slike ting som vi ikke skal belaste legevakten med, men som vi som sykepleiere har myndighet til utføre. Hvordan en skal forholde seg og hva du skal gjøre og hva en skal gi og sånne ting. Det er veldig betryggende.

Den viktigste arenaen for læring er i samhandling med brukerne og deres pårørende, den refleksjon, veiledning og korrigerende som forgår i samhandlingen mellom bruker og sykepleier. Brukerne og de pårørende formidler hvordan sykdomsforløp har utviklet seg og hvordan dette oppleves. Hvordan funksjonsevnen har blitt redusert og hva de har behov for av hjelp og hvilke tiltak de tror er de beste. Det er i denne direkte samhandlingen sykepleierne sier de utvikler sin erfaringskunnskap.

5.2.3 Tilpassning av læringstilbud

De som har god tilgjengelighet til mange forskjellige organiserte læringsaktiviteter formidler at en del av undervisningen ikke blir målrettet for dem personlig. For å få undervisningen målrettet mener de at behovene må kartlegges. Sykepleierne nevner mange forskjellige typer

kurs, små kurs på undervisningssykehjem i samme kommune. Kurs fra sykepleie høyskolen i forbindelse med veiledning av studenter. Det er kurs i nærområde som er kostnadslave og dyre eksterne kurs med overnattinger. Så er det kurs knyttet til ulike verv eller ansvarsområder de har. Sykepleierne forteller at de både har lyst og føler behov for å dra på eksterne kurs.

Jeg føler hele tiden at jeg har behov for og lyst til å dra på kurs. Det handler om få litt faglig innputt. Det er for å lære litt nytt. Da føler jeg at jeg får litt vitamin innsprøytning. Du får litt mer "kikk" og lyst til å drive med fag også.

Noen sykepleiere omtalte at de har tilbud om kurs fra et undervisningssykehjem i nærheten. Dette er et kontinuerlig kurs tilbud for alle som jobber for sykehjem i kommunen, men dette må primært skje på egen fritid. Sykepleierne anser ikke dette som et tilfredsstillende tilbud men sier at de har deltatt når det er emner de føler stort behov for å lære om. Det er vanskelig å sende noen fra avdelingen på disse kursene i arbeidstiden. Det er økonomiske forhold som må tas hensyn til, man får ikke leie inn ekstra hjelp det må løses internt formidler sykepleierne. De opplever det konfliktfylt å forlate avdelingen når de opplever at dette går utover pasientene, og de medarbeiderne som blir igjen på avdelingen .

En sykepleier sier at det var lettere å komme på kurs før men hun tror at hvis det er et spesielt inntresant tema og et par sykepleiere ønsker å dra så hadde det ordnet seg.

Selv om tilbud om eksterne kurs varierer sier alle sykepleierne at de har dette tilbudet. System for tildeling av kurs gjør at det i mange tilfeller oppleves lite målrettet.

Sykepleierne mener det er viktig å ha en systematisk og målrettet opplæring gjennom eksterne kurs. Hvis tanken er å utvikle ekspert kompetanse på et spesielt område, vil det være gunstig å sende en med spesiell interesse for fagområde kurset omhandler. Noen sykepleiere mener spesiell interesse for fagområde vil ha betydning for tilegnelsen av kunnskapen, motivasjon og iver for å videreformidle dette. Noen forteller at de får tilbud om å dra på kurs etter tur, for at det skal være et rettferdig system. En annen måte å tildele medarbeiderne eksterne kurs på, er hvis behov og interesseområder er kartlagt på forhånd sier denne sykepleieren.

Avdelingsledere som kjenner sine medarbeidere godt, vil kunne tilpasse tildeling av kurs etter opplæringsbehov på en fleksibel måte uten at det vil oppleves urettferdig.

Et sykehjem skiller seg ut fra de andre, når det gjelder å sende sykepleierne på eksterne kurs.

Vi har her på huset en person som skal være ressursperson på det som har med somatikk og sykepleietiltak å gjøre. Vi har jo kurs som arrangeres. Som regel har vi en

enkelt person som blir sendt fra avdelingen på kurs, en fast person. Det er ikke rent formelt men i praksis fungerer det slik.

Denne sykepleieren uttrykker at det hadde vært ønskelig å få dratt på kurs selv men omtaler denne sykepleieren som rett person til dette.

Det er en veldig kompetent person som er flink til å videreføre kunnskap. Det er en person som jobber veldig systematisk og er veldig organisert. Hvis jeg skulle velge ut en person for å dra å lære ting og videre formidle til andre i ettertid, er det riktig person. Men en skulle jo ønske at en hadde deltatt på alt sjøl. Hvis jeg kan komme med et lite hjertesukk, så var det at man kunne ha mer mulighet for delta på kurs.

Her har de en praksis som går på å bruke en person som drar på alle kurs. Fordi denne personen har evnen til å videreformidle denne kunnskapen til resten av personalgruppen. De har da organisert dette ut ifra et behov om at hele personalgruppen trenger denne kunnskapen. Denne ressurspersonen fungerer da som en ”undervisningssykepleier”. De får på denne måten videreformidlet kunnskap fra eksterne kurs til flere medarbeidere i virksomheten. Sykepleierne fra de andre sykehjemmene uttrykker at det er lite forventninger til å dele kunnskapen de har lært ved å være på eksterne kurs. Det er ikke avsatt tid til videre formidling av denne kunnskapen. En sykepleier sa at de hadde snakket om dette og diskutert tidspunkt for når denne kunnskapen kunne deles internt på avdelingen. En sykepleier sier at de hadde diskutert om avdelingsmøtene kunne brukes til formidling, av kunnskap fra eksterne kurs. Men det tyder på at det ikke er systemer for dette. Den samme sykepleieren uttrykker at man trenger å videreformidle kunnskapen også for sin egen del.

Mange glemmer det de har lært etter to dager. Man må jobbe litt med det og forklare litt for de, som ikke har fått vært med på det kurset. Legge det frem, for da husker man det litt mer selv. Har man hatt nytte av det eller ikke.

Noen sykepleier sier at det de har lært på eksterne kurs, blir delt gjennom daglig arbeid og kollegalæring. Alle sykepleierne forteller at det eksterne kurstilbud har blitt redusert.

Vi har lite tilbud om kurs, det går jo på økonomi det.

Demensens ABC er et undervisningsopplegg som kan betegnes som systematisk målrettet opplæring. Det går over to år og er et undervisningsopplegg sykepleierne snakker varmt om. De som ønsket å delta i dette kunne bare melde sin interesse, så dannet de grupper med deltakere fra forskjellige yrkesgrupper. Det er to av sykepleierne med lang erfaring som

utrykker at de opplever dette lærerikt og at de i denne sammenheng opplever å få delt sin ekspert kunnskap med de andre deltakerne.

Det er kjempefint da får vi virkelig fordypet oss i demens og det er det vi jobber med.

Det er så lærerikt, det ser vi, det er mange aha opplevelser. Når vi jobber med demente, så er det en fordel.

Demensens ABC består av faste møter hvor de benytter undervisningshefter og deltakerne må forberede seg fra gang til gang. Kursheftene oppleves veldig lærerike og deltakerne har derfor lagt kurs heftene fram i avdelingen for å få delt dette med andre medarbeidere.

En form for opplæring noen av sykepleierne ytrer ønske om er hospitering internt eller eksternt. Sykepleierne gir uttrykk for at det hadde vært spennende å rullere litt på forskjellige avdelinger. Det er et stort sykehjem med mange avdelinger og mange forskjellige typer pasienter, så det finnes mange læringsmuligheter her sier en sykepleier.

Brukergruppen har ofte komplekse og sammensatte sykdomsbilder og setter personalets kunnskap på store utfordringer. Allikevel uttrykker en informant et klart behov for å hospitere et annet sted for å lære noe. Hun gir klart uttrykk for at sykehuset besitter ekspertkunnskapen. På tross av mange års erfaring både fra sykehus og sykehjem, opplever hun behov for å hospitere på sykehuset. Hun er redd for å stagnere og ikke få oppdatert seg nok. Det er flere sykepleiere som deler den oppfatningen at de trenger å hospitere eksternt for å opprettholde et faglig nivå. Det å ha noen å konferere med og det tette samarbeidet med legen i en sykehusavdeling er det sykepleieren savner mest ved å jobbe på sykehjem.

Hospiteringspraksis har hun benyttet flere ganger og det dekker et behov denne sykepleieren har for opplæring.

Det er en form for læring som ikke alltid imøtekommes av arbeidsgiverne.

Det med hospiteringspraksis er gjerne noe som sitter litt hardt inne hos arbeidsgivere. Mange ønsker få hospitering på somatisk sykehus, for at kunnskapene ikke skal gå til spille på noen måte. For det er jo en del av kompetansen vår som forsvinner, siden vi ikke får praktisert den regelmessig. Da hadde det vært veldig greit å få tilbud om hospitering men jeg føler at arbeidsgiver ikke er så veldig begeistret for det. For vi trengs her og nå på en måte.

En annen sykepleier forteller om hospiteringspraksis på sin avdeling. Her hadde de fått til å byttet plass et halvt år av gangen, noe som vil gi utbytte for alle involverte forteller sykepleieren.

Vi har en undersøkelse på kompetanse og utvikling, der folk blir spurt om de ønsker å hospitere andre steder og å lære mer. Det er fire som bytter plass et halvt år det er spennende. Jeg har hospitert på psykiatrisk avd. Tidligere, men da var det en uke. Hospiteringen er et tilbud til alle. Det er litt bytting internt også.

Noen sier at kostnadsrammen begrenser ekstern hospitering, samt at de trengs her og nå. Ved bytter vil behovet i avdelingen dekkes og det kan organiseres uten at kostnadene blir så høye. Systemene for opplæring bør innebefatte intern hospitering eller rullering. Både sykepleiere fra avdelinger hvor det er høy fagkompetanse og avdelinger hvor sykepleierne arbeider så å si alene som sykepleier, nevnes dette med intern rullering eller hospitering. Dette ansees som en mulighet for kompetanseheving for den enkelte sykepleier, det bør også sees på som en mulighet til å øke virksomhetens totale kompetansenivå mener de. Det å ha fokus på kontinuerlig fagutvikling og tenke virksomheten som en helhet gir rom for mye læring internt i virksomheten mener sykepleierne.

5.3 Sykepleierne bruker i liten grad litteratur og digitale kilder til oppdatering og tilegnelse av kunnskap.

5.3.1 Tilgang og bruk av digitale kilder

Det er viktig for kvaliteten på tjenestene til brukerne at personale på sykehjem har mulighet til å oppdatere seg på ny kunnskap. Tilgjengelige kilder for tilegnelse av kunnskap ansees av sykepleierne som nødvendig. Det er tydelig at det skjer en utvikling i retning av større tilgang til nettbaserte tjenester i sykehjem. Den digitale utviklingen er i tråd med en mer effektiv modell for sykehjems drift. Sykepleierne gir uttrykk for at utviklingen de senere årene har vært flere brukere og færre personale, noe som krever en effektivisering. Når sykepleierne får inn brukere med ukjente diagnoser opplever de behov for kunnskap om diagnose, sykdomsforløp og ulike prosedyrer.

Hvis jeg får en pasient med en spesifikk diagnose som jeg trenger å lese meg opp på så går jeg til lærebøker, jeg kan søke på nettet og konferer med lege.

Når de har behov for å tilegne seg ny kunnskap forteller sykepleierne at de søker både digitalt, i litteratur og fagtidsskrifter men det skjer primært på fritiden. De forteller om lite tid til å søke opp ny kunnskap i det daglige. De bruker derfor de kildene som er lettest tilgjengelige for å tilegne seg nødvendig kunnskap forteller de.

Sykepleierne sier det er ønskelig med tilgang til kunnskap digitalt. De som har slik tilgangen gir uttrykk for at det er nyttig. Det trengs linker til kunnskap som er relevant i forhold til det de jobber med, formidler de.

Vi slår opp og går på nettet og leter. Ja det er spesielt i forhold til demens, det er forskjellige demens grupper, for det er forskjellige typer.

Sykepleierne benytter elektroniske pasientjournaler og er vant til bruk av dataprogram i forbindelse med dette. På tross av en utvikling med stadig mer digitalisering, forteller sykepleierne om store forskjeller når det gjelder kjennskap til digital tilegnelse av kunnskap og bruk av digitale verktøy.

Jeg er ikke så god på data, så det kan hende vi har linker til kunnskap uten at jeg vet det.

Det var mye som tyder på at flere sykepleiere ikke føler seg oppdaterte på bruk av kunnskapssider på nettet. Flere ønsker å benytte seg av nettet men formidler at det blir vanskelig å finne nødvendig kunnskap uten å vite hvor man skal søke. Sykepleierne etterlyser digitale kilder, som de har kjennskap til hvordan de bruker og som er til å stole på.

En av sykepleierne forteller at hun har kjennskap til ulike databaser med forskning fra en videreutdannelsen hun har tatt nylig. Noen sykepleiere hadde kjennskap til bruk av helsebiblioteket. Det fortelles om pågående arbeid med å få inn så mye som mulig av papir arbeid inn på data forteller en sykepleier. Nå kan vi hente ut nødvendige skjemaer fra nettet, det er også linket opp mot praktiske prosedyrer for sykepleiere. Vi kan bare gå inn på den interne nettsiden og hente ut det vi trenger av informasjon. Dette systemet er veldig bra forteller denne sykepleieren det er ikke helt oppe å går enda, men vi har begynt å bruke det.

Går du inn på det interne nettstedet er det veldig fint lagt opp. Du kan finne alle dokumenter du trenger. Pasienten skal på sykehuset hva gjør jeg da? Det er prosedyrer i forhold til ulike situasjoner. Det er ikke helt oppe å går enda.

Det eneste som ikke fungerer helt bra, er at man ikke kan ta med seg prosedyre permen lenger når du går inn til en pasient, da må man skrive ut i papirformat. Denne sykepleieren forteller at hun håper de får håndholdte data, det blir vel neste steg konstaterer hun.

Noen interne nettsteder er linket direkte opp mot ulike kunnskaps sider.

Det er fortsatt i start gropen når det gjelder å innføre linker fra interne nettsteder til kunnskapssider. Noen sykepleiere vet om at de har slike sider tilgjengelig, andre er helt ukjent med dette. Det er flere sykepleiere som forteller at de heller ikke har tilgang til praktiske prosedyrer digitalt.

En sykepleier forteller at man noen ganger må improvisere, hun hadde behov for kunnskap om klinisk kjemi, det var viktig å få tak i noen referanseområder til blodprøve svar.

Jeg prøvde å søke meg opp på klinisk kjemi. Jeg prøvde litt forskjellige ting, jeg prøvde helsebiblioteket. Så regelrett googlet jeg det men da kryssjekket jeg opp til tre, fire steder. Å google er jo ikke det sikreste sånn sett. Men når jeg fant det samme på tre, fire steder, måtte det jo stemme, sånn noenlunde i hvert fall.

Sykepleieren brukte flere treff for å kvalitet sikre det hun fant på google og klarte på denne måten å få ta tak i kunnskap som hjalp en alvorlig syk pasient. Samtidig gir hun uttrykk for at dette ble en prosess som tok mer tid enn nødvendig, med tilgang til fagsider kunne denne prosessen ha vært forenklet. Sykepleierne mener derfor det vil være fint med direkte linker slik at de lett kan finne den kunnskapen de trenger. Det blir ikke brukt hvis det tar for lang tid, det må være lett tilgjengelig sier de. Det tyder på at sykepleierne ikke bruker mye tid i det daglige på å oppdatere seg gjennom digitale kilder. Det nevnes her at det er behov for organisatoriske forandringer for å rydde plass til dette. Sykepleiere sier at de bruker liten tid til å søke i digitale kilder for å oppdatere seg, det brukes mest i de situasjonene de ikke har andre sykepleier å konferere med.

5.3.2 Tilgang og bruk av faglitteratur

Sykepleierne bruker bøker og tidsskrifter for å oppdatere seg på ny kunnskap. Sykepleierne formidler at litteratur blir lite brukt i arbeidstiden for tilegnelse av kunnskap, på grunn av travelhet i hverdag. Så det de tilegner seg gjennom litteratur og fagtidsskrift skjer primært på fritiden. De fleste sykepleierne sier de har tilgang til faglitteratur på jobben. Noen har oppdatert faglitteratur på avdelingen mens andre må forlate avdelingen, for å få tilgang til dette.

En kollega har tatt videreutdanning i feltet, så ho har kjøpt mye bøker som står i avdelingen. Ganske oppdatert faglitteratur som er der. Vi er med i aldring og helse det bladet. Der er det mye tips om bøker så vi kjøper en del til avdelingen.

En sykepleier fortalte at de hadde en del litteratur i administrasjonen som kunne brukes av alle i virksomheten. Denne litteraturen blir lite brukt fordi de må gå ifra avdelingen, det tar for mye tid. Sykepleierne synes det kan være vanskelig både å finne riktige kilder og få tid til å sette seg ned.

Jeg var borte i administrasjonen for der har vi en del bøker, men jeg fant ikke det jeg akkurat det jeg trengte.

Aksept for å sette seg ned å leser er ikke alltid tilstede i personalgruppen. En sykepleier forteller om flittig bruk av prosedyrepermen. Hun mener den er veldig nyttig i forhold til å finne kunnskap man trenger i den daglige omsorgen for brukerne i sykehjem. Det står også når det er spesielle ting som skjer, hva skal man gjøre da formidler hun.

Vi har en prosedyre perm med samtlige prosedyrer vi kan komme borti, der står alt i minste detalj. Det står for eksempel hva som skjer hvis det er noen som får et epilepsianfall, da sier den hvordan du skal forholde deg. For det er prosedyrer for alt faktisk.

Det er en av sykepleierne som forteller fra tidligere arbeidsted og det arbeidsted hvor hun alene som sykepleier, kunnskapen måtte da innhentes gjennom skriftlige kilder eller data. Det ble da benyttet lærebøker fra sykepleieskolen og annen faglitteratur som var tilgjengelig. Praktiske prosedyrer for sykepleiere ble også brukt, formidler hun. Det forandrer seg veldig når man får jobbe i team med flere sykepleiere, da bruker man nesten ikke skriftlige kilder formidler hun. Denne sykepleieren forteller at kunnskapen nå tilegnes mye mer gjennom medarbeiderne på avdelingen, fordi denne tilgangen til kunnskap nå er så tilgjengelig. Sykepleiere ønsker tilgang til oppdatert faglitteratur som er relatert til det fagområde de arbeider med.

5.4 Sykepleierne trenger ledere som implementer læring i planene og organiseringen av det daglige arbeid, og legger til rette for personlig og kollektiv læring

5.4.1 Ledernes ansvar for å organisere læringsaktivitet

Sykepleierne mener det er ledernes hovedoppgave å ha en helhetlig plan og oversikt for å styre opplæringen i riktig retning i forhold til overordnede mål og visjoner. Sykepleierne ønsker faglig utvikling og mener at det ikke bare kan satses på initiativ fra den enkelte medarbeider, det må være overordnede planer. De ønsker ledere som engasjerer seg, koordinerer og tilrettelegger for læringsaktiviteter. Organiseringen av virksomheten må være slik at systemene sikrer nødvendig kunnskap til å utføre tilfredsstillende tjenester til brukerne.

Sykepleierne forteller om ulike modeller for organisering av kunnskapsressursene i de forskjellige virksomhetene. Noen forteller om at den virksomheten de arbeider er mye av fagkompetansen samlet på en avdeling. Samtidig har de etablert en kultur for læring på tvers av avdelingene. Sykepleierne på avdelinger med lav fagkompetanse og sykepleierne på avdelinger som har høy fagkompetanse, gir begge uttrykk for at de er svært fornøyd med denne ordningen.

Det er også et annen eksempel som viser til at det er mye kompetanse på en avdeling i virksomheten og lite kompetanse på en annen avdeling i samme virksomhet. Her har de ikke etablert kultur for læring på tvers av avdelingene. Da er sykepleierne med liten fagkompetanse i avdelingen og mangelfull tilgang til medarbeideres kompetanse, mindre fornøyd med ordningen. Det oppleves som en form for skjevfordeling av kunnskapsressursene. Sykepleieren her følte seg forbigått og ikke tatt på alvor.

Når noen skal være med på ekstern læringsaktivitet må det i større grad løses internt i avdelingen sier sykepleierne. Sykepleierne er innforstått med at læringsaktiviteter i større grad må integreres i de daglige rutinene på avdelingen. Det å ha aksept i personalgruppen i forhold til læringsaktivitet, betyr også å tolerere mer arbeid når andre er borte fra avdelingen for å utføre læringsaktivitet sier de. Samtidig hvis sykepleierne opplever at det går utover brukerne og de andre medarbeiderne, vegrer de seg for å delta i læringsaktiviteten. Sykepleierne opplever at det er avsatt mindre tid til læringsaktivitet hvor de kan forlate avdelingen, de mener noe lærings tid må frigjøres. De mener at lederne må få organisert virksomheten på en måte som gjør at sykepleierne og andre medarbeidere har en reel mulighet til å delta på læringsaktiviteter.

Det har vært mer struktur tidligere. Det har vært en del omorganisering generelt i kommune. Det er nedskjæringer til beinet. Vi skal yte mer, mindre folk og mer pasienter. Så det har vært hektiske dager.

Samhandlingsreformen som startet fra januar 2012, krever i enda sterkere grad at sykepleierne oppgraderer seg faglig. Sykepleierne forventer at lederne tydeliggjøre disse behovene knyttet til reformen, og legger til rette for nødvendig læringsaktivitet.

Jeg tror de blir litt stressa av den nye reformen. Der tror jeg de kommer til å få seg noen overraskelser for kompetanseheving i sykehjemmet må til.

Sykepleierne etterlyser gode systemer for læring, relatert til ny brukerproblematikk. Hvem som skal stå for opplæringen må bestemmes ut ifra den aktuelle brukerproblematikken, hvordan og når, vil måtte tilpasset øvrig organisering av virksomheten. I forhold til ny brukerproblematikk nevner de både legen, ambulerende team, andre medarbeidere med kompetanse på det aktuelle område, besøk på sykehus, hjemmesykepleien, eller lederne selv hvis de har kompetanse, som mulige kunnskapskilder. De nevner tid og tilgang til digitale

kunnskapssider og litteratur. Det viktige er at det er et tilrettelagt for gode systemer, som sikrer nødvendig opplæring mener sykepleierne.

Sykepleierne forteller om ”gaps” i systemet i forhold til ansvarsvakter i helgene. Det er manglende kommunikasjonskanaler mellom avdelingene og sykepleierne får ikke nødvendig informasjon om brukere fra andre avdelinger. De ser det som en stor faglig utfordring og ha ansvar for flere avdelinger og ønsker større forutsigbarhet i forhold til dette. Sykepleierne trenger kunnskap om brukere med spesielle behov, prosedyrer og bruk av medisinsk teknisk utstyr. Det er ikke tilrettelagt noe fora for denne informasjonsutvekslingen, noe sykepleierne anser som helt nødvendig.

Skal en jobbe helg og ha ansvar for flere avdelinger trenger man å vite om diagnoser og andre problemstillinger som kan oppstå.... det er bedre å være i forkant.... Denne informasjons utveksling savner jeg.

Sykepleierne mener det må være systemer som sikrer denne informasjonen og nødvendig opplæringen. Det må bli en endring av dagens praksis for å sikre brukerne tilgang til kvalitative gode tjenester mener sykepleierne.

Læring og kompetanseheving er en prosess så man må strekke seg videre etter stadig nye løsninger, det vil alltid være potensiale for forbedring mener sykepleierne. De mener det er en stor fordel med ledere som bidrar til å holde fokus på en kontinuerlig læring og kompetanseutvikling.

En sykepleier forteller entusiastisk om et prosjekt hun har deltatt som hun har opplevd svært lærerikt og nyttig. Her har de organisert grupper der deltakerne i prosjektet er fra ulike avdelinger men har interesse for det samme tema. Prosjektdeltakerne har holdt foredrag og gitt opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet som de har utarbeidet i prosjektgruppa. Det er et avkrysnings skjema som brukes i omsorgen for alvorlig syke og døende pasienter.

Jeg føler at det er lærerikt når man får sånne konkrete prosjekter som man føler er matnyttige. At det ikke bare blir masse papirer man skal fylle ut men at det blir konkret noe som kan brukes som et arbeidsverktøy.

Medarbeiderne sier at de ved å bruke dette arbeidsverktøyet føler seg tryggere i omsorgen av alvorlig syke og døende pasienter. Dette er et eksempel på hvordan man kan organisere for å få benyttet kunnskapsressursene, som finnes i de forskjellige avdelingene. Det er flere eksempler på at sykepleierne opplever at lik kompetanse eller like interesse kan styrke det faglige emne og at de gjennom samarbeidet utvikler en forbedret praksis. Sykepleierne er tydlige på at travelhet er en hindring for læring, blir det for mye å gjøre fører det til nedprioritering av læringsaktivitet.

Det er mye du har lyst til å lære mer om, så er det ikke tiden til å gjøre det i en travel hverdag.

Det er derfor viktig at arbeide i seg selv ikke er for belastende og at læringsprosessene ikke krever for mye i forhold til den totale arbeidsbelastningen i avdelingen. Sykepleierne mener det vil være nødvendig å se på organiseringen av det daglige arbeidet for å kunne lage gode systemer for læringsaktivitet. En sykepleier forteller at hun opplever at de har god tid på kveldsvaktene.

Det er litt tiden, dagene svinger litt i forhold til dagvakt og sen vakt. Da blir det å bruke den tiden. Slik at det ikke blir en sosial rolig kveld hvor, du har fått prata med kollegene den kvelden. At du bruker tiden til å oppdatere deg.

Et hinder for læring kan også være at sykepleierne selv ikke engasjerer seg. Det trengs gode planer og klare forventninger til læringsaktivitet. Sykepleierne har behov for ledere som holder fokus på læringsaktivitet ved å tilrettelegge og motivere for dette.

5.4.2 Lederne må samarbeide med sykepleierne for tilpasse læring

Det trengs gode kommunikasjonskanaler mellom lederne og sykepleierne som bør bygges på et gjensidig tillitsforhold for å få formidlet opplæringsbehov. Lederne bør sørge for å organisere det daglige arbeid så det fremmer en positiv læringskultur mener sykepleierne. Det er behov for mange former for kunnskap og det trengs et bredt spekter av tilrettelegging for kunnskapsutvikling mener sykepleierne. Lederne må samarbeide med sykepleierne, så de sammen kan være kreative. Med lite ressurser og stadig større krav til effektivisering må de tenke nytt for å holde fokus på læring og tilrettelegging for kontinuerlige læreprosesser. På spørsmål om hvordan det var å tilegne seg kunnskap i det daglige svarte en sykepleier.

Det som får meg til å bli litt ettertenksom nå er at det er forskjell på tidligere arbeidsgiver og den jeg har nå. Før var det veldig travelt og veldig vanskelig å tilegne seg ny kunnskap, men her føler jeg det er litt større spillerom. Det har veldig mye med hvordan det enkelt arbeidsted er organisert. Det vil også handle om pleietyngde som forandrer seg etter hvilke brukere en har til enhver tid.

Uten å dokumentere opplæringsbehovene tror ikke sykepleierne at kompetanseheving vil bli prioritert. Dette kan få store konsekvenser for kvaliteten på tjenestene til brukerne sier de. Når lederne skal utarbeide planer for kompetanseheving, kreves det kommunikasjon, refleksjon og veiledning i forhold til den enkeltes behov og avdelingenes mål og visjoner. Sykepleierne mener det er en stor fordel hvis lederne holder seg oppdatert på det som skjer i avdelingene. Pleietyngden vil variere dette må tenkes på i utforming av planene slik at justeringer og endring underveis er en del av strategien sier sykepleierne.

Fagkoordinator legger opp en del og legger til rette for mye. Vi hadde fagkoordinator ikke for å klage på henne men hun var ikke så flink så vi synes det var opptur å få ny. Ho kan være litt skjematisk men ho ser ting og det her må vi ta tak i, det her kan dere forlite om.

En av sykepleierne forteller at sykepleierne vil til hennes avdeling fordi det er så positivt fagmiljø der, det er derfor lett å rekruttere nye sykepleiere til denne avdelingen forteller hun.

Fagkoordinator her er fantastisk hun legger til rette, det gjelder i forhold til turnus også hun ordner til det beste for alle og det er viktig altså.

Det varierte hvor fornøyde sykepleierne er med læringsforholdene på avdelingen de arbeider for, det var også ulikheter innenfor en virksomhet. En sykepleier er tydelig på at hun ikke var fornøyd med læringsforholdene i virksomheten hun arbeider.

Nei Jeg synes ikke det er bra nok sånn som det er nå. Jeg er litt skuffa at det har blitt så dårlig, som det er. For det har faktisk vært bedre før.

Det er viktig å ha et god samarbeid med lederne og at de lytter til oss.

At de lytter til oss og tar oss på alvor. De må være sterke og handlingskraftige og tørre å stå for ting. De tenker ikke på oss her på gulvet bestandig, de har så mye annet å tenke på. De er mer opptatt av økonomi. Det er kontakt med øverste hold i kommunen og press fra dem.

Lederne bør ha et kontinuerlig fokus på læring som gir rom for å korrigere planene i samarbeid med medarbeiderne. Sykepleierne mener det er nødvendig med informasjon til hele personalgruppen om forventninger til læringsaktivitet. Slik at det kan skapes en aksept i personalgruppen for å avsette tid til innhenting av nødvendig kunnskap. Noen opplever stor

aksept for dette mens andre sier dette ikke blir sett på som en del av arbeidet og da blir det ikke alltid man oppdaterer seg.

Mange sykepleiere får en undervisende funksjon i sitt arbeid for sykehjem avhengig av personalgruppens sammensetning. Det vil være den samlede kompetansen i avdelingen som vil være avgjørende for utførelsen av tjenestene til brukerne mener sykepleierne. Kvaliteten på tjenestene til brukeren av sykehjemstjenester er derfor avhengig av sykepleiernes kontinuerlige kompetanse utvikling og sykepleiernes evne og vilje til å videreformidle kunnskap.

Det vil være store forskjeller ved å arbeide for avdelinger med høy eller lav fagkompetansen i forhold til tilgjengelighet av kunnskapsinnhenting for den enkelte. Noen sykepleiere forteller at de gjennom fokus på læring og deling av kunnskap overtid i avdelingen, har skapt en positiv kultur for læring. Der de har lyktes med å skape en positiv kultur for læring etterlyser ikke sykepleierne, opplæringsplaner, gode systemer eller tilretteleggelse for læring, de opplever at behovet i stor grad dekkes gjennom det de får tilført fra kollegaer. Det har her blitt en integrert del av det daglige arbeidet.

6.0 Drøfting av funn

I dette kapitlet skal funnene drøftes opp mot teori, det Kvale(2006) beskriver som analyse på et teoretisk nivå. Det vil videre i drøftingen i studien ikke først og fremst sees på den enkelte sykepleier og den enkelte avdeling og læringsforholdene der. Det vil skje en abstraksjon av funnene til et mer generelt nivå. Det vil likevel trekkes frem noen ulikheter mellom virksomheter og avdelinger som belyser kompleksiteten av faktorer som påvirker læringskonteksten for sykepleiere i sykehjem.

6.1 Praksisfelleskap og ledelsesperspektiv.

Helsetjenestens virksomhet er grunnlagt på organisering av kunnskap, læring og utvikling av kompetanse. Det er tydelig ut ifra funnene i denne studien, at hvert sted og hver avdeling former sin læringskontekst. Det er lokalt forankret helt ned i avdelingsmiljø og ned i ulike grupperinger av praksisfelleskap(Brown,Duguid,1991;Thidemann, 2005). Det sees store forskjeller mellom sykehjemmene og ved avdelinger i samme sykehjem(Ytrehus og Nuland,2007).

Sykepleierne mener at kompetanseheving i sykehjem må til, og styrke kompetansen i kommunenes helse- og omsorgstjenester nevnes i Stortingsmelding nr 25 (2005–2006) som et av de viktigste virkemidlene for å sikre god kvalitet i tjenesten. Samtidig pålegger lovverket helseinstitusjonene et ansvar for å sørge for at helsepersonellet gis opplæring, etter og videreutdanning for å utføre faglig forsvarlig arbeid(Helse og omsorgstjenesteloven, 2011;4,1).Det handler om å skape gode læringsmiljøer der både mulighet og motivasjon for læring fremmes. Læringsmiljøene må være i tråd med dagens syn på sykepleiekompetanse, som forventes å være i stadig utvikling ved at man utøver, erfarer, leser og lærer mer i en livslang læreprosess(Kompetansereformen1997-98). Sykepleierne mener lederne vil ha en sentral rolle i forhold til å tilrettelegge for gode læringsmiljøer(Bjørk,2007;Koivola,2005).

Eurat (2004) sier at sosiale faktorer er signifikante faktorer for læring. Sykepleierne omtaler miljøet på sykehjem, som trygt og godt med hyggelige kollegaer, de fleste sier det er legitimt og lett å be om hjelp. Teori viser sammenheng mellom godt læringsmiljø og profesjonell utvikling (Brown&Duguid,1999;Derci, Connell,Ryan,1989;Eurath et al.,2004). I et sosiokulturelt læringsyn sees læring som et resultat av å være deltakende i praksisfelleskap (Dyste,2001;Nonaka,1994: Eurath.et.al.2004). Begrepet “situert læring” og læring som en

deltakelsesprosess i praksisfelleskap ble introdusert organisasjonssammenheng av Lave og Wenger(1991). En sosial og kulturell tilnærming til læring forsøker å fange opp dynamikken mellom individet og den sosiale rammen hvor læring skjer. Læring er naturlig relasjonell og (Know-how) er forankret i praksisfelleskapet(Lave og Wenger,2003). Wenger(2004) bruker begrepet “apprenticeship” som betyr at man lærer og forstår gjennom mester læring, gjennom læringsressursene som finnes i miljøet(ibid). Det handler om gjennom interaksjon, kollektive forhandlinger i et felles engasjement, oppdage, verdsette og utnytte den mangfoldige kompetansen som finnes i praksisfelleskapet. I følge sykepleierne er det den felles interesse for å fremme gode tjenester for brukerne, som er grunnlaget og motivasjon(Derci,Ryan,1990) for samarbeid og deling av kunnskap i sykehjem(Garsjø 2008). Gjensidig engasjement, felles oppgaver og felles reportoar er nødvendig for å skape sammenheng mellom praksis og felleskap(Wenger,1999). Mye av kunnskapsutvekslingen forgår i forhold til sykepleieprosessen, med ulike tiltak og evaluering av disse i forhold til brukernes behov. Det foregår ikke bare en deling av kunnskap det produseres ny kunnskap i felleskapet. Gjennom å høre de andres observasjoner og vurderinger, komplimenterer det eget bilde av situasjonen, mener sykepleierne og kan føre til ny forståelse. Thiedemann(2005) viser til at behovet for å konferere med erfarne sykepleiere handler om å få bekreftelse på, om vurderinger og handlingsvalg er riktige og faglig forsvarlige. Felleskapets kunnskaper vil overgå summen av de enkeltes kunnskaper(Norhaug,2004).

Personalgruppens sammensetning vil være av stor betydning for mulighet for faglig støtte og mulighet for å lære i praksisfelleskapet(Wenger,2004;Johannsen,2004). I studien vises det til store forskjeller mellom avdelingene i forhold til fagkompetanse i personalgruppen.

Fagkompetansen i personalgruppen vil ha konsekvenser for hvilke utfordringer sykepleierne får. Hvilke mulighet det er for å samarbeide med andre, og danne relasjoner som kan gi tilbakemeldig og støtte(Eurat 2003). Sykehjemstjenesten er avhengig av å ha en personsammensetning med faglig kompetanse for å kunne utføre tjenester av høy faglig kvalitet(Thiedemann,2005;Johannesen 2004). En tydelig sykepleietjeneste og faglig kollegafelleskap blir vektlagt i studien til Johannesen (2004) her blir det lagt vekt på å kunne dele erfaringer med kollegaer. Med få sykepleiere i avdelingen ble det et dårligere fagmiljøet og sykepleierne var utilfredse med situasjonen (ibid). Det å ikke ha noen å rådføre seg med, og føle at de står alene med avgjørelser oppleves utilfredsstillende. Eurat(2004) graderer støtte ved “betydningsfulle andre”. Det å være fra samme profesjon har betydning for hvem man danner praksisfelleskap med(Blåka og Filstad 2007).

Begrepet motivasjon er nært knyttet til betydningsopplevelse. Jo viktigere målet er, jo mer det betyr, jo sterkere er motivasjonen og jo mer kraft, styrke og utholdenhet på vei mot målet(Wikipedia,2012;motivasjon). I studien formidler sykepleierne at det er viktig for dem å utføre tjenester av god kvalitet. De viser stor grad av iver og motivasjon for å tilegne seg nødvendig kunnskap, samtidig uttrykker de stor grad av missnøye ved å ikke inneha nødvendig kunnskap. Motivasjon for å lære er todelt i følge sykepleierne, det er både det å gjøre en god jobb og tilfredstillersene ved personlig utvikling. I følge Deci(1996) er personer som er indre motivert engasjert for sin egen del, for den spontane opplevelsen av tilfredsstillelse som blir assosiert med deres ytelser. Det kvalitets forskjell på indre og ytre motivasjon. Ytemotivasjon er forhold utenfor den enkelte, mens indre motivasjon er den drivkraften i hver enkelt sykepleier som gjør at de søker mot nye utfordringer. Menneskene har i følge selvbestemmelsesteori, tre medfødte psykologiske behov som må tilfredstilles for å opprettholde indre motivert atferd(Ryan1989). Ved opplevelse av kompetanse, autonomi og tilhørighet vil indre motivert atferd fremmes og indre motivasjon vil ha stor betydning for kontinuerlig læring. Et autonomistøttende miljø innebærer i denne sammenheng å oppmuntre initiativ og maksimere muligheter for valg, innenfor definerte rammer (Gagne & Deci,2005). Sykepleierne må tillegges stor grad av autonomi, kompetanse oppnås i møte med utfordringer som de er i stand til å mestre, tilhørighet oppnås gjennom sosial deltakelse med feed back og støtte(Derci og Ryan,1989;Euratt,2004). Skaug(2011) sier at vi ikke kan utvikle profesjonell kompetanse alene, vi trenger sosiale felleskap.

Noen forteller om tydlige ledere som tilrettelegger for gode læringsmiljøer hvor både kompetanse, autonomi og tilhørighet blir ivaretatt. De forteller om relasjoner bygd på gjensidig tillit, Companion trust(Newell 2002) de stimulerer hverandre til å dele kunnskap, verdier og normer (Euratt,2004;Garsjø,2008). De har fokus på både individuell og kollektiv deltakelse og forventning om utvikling og utøvelse(Euratt,2004). Sykepleierne i studien omtaler disse avdelingen med at det er så “drive” her, alle ønsker å lære. Det er som å øse av en kunnskaps “pul”(kilde). Alle er bidragsytere i en stadig “omfordeling” av kunnskap. Sykepleierne gir uttrykk for at “troen på egen mestring” er knyttet til felleskapets kompetanse. Sykepleierne beskriver at de har kunnskapsrike medarbeidere med mye videreutdanning, det er lett å be om hjelp fordi de er trygge på hverandre(Newell et al.2002). Det er ofte de er uenige men da trekker de inn en tredje person for å validere for å finne de beste tiltakene. De beskriver at det er mange å “dra veksel på” det er mange forskjellige brukere og mange forskjellige læringssituasjoner. Dette kan sees sammenheng med det Lave og Wenger(2004) betegner som deltagerbaner, det vil si at individet beveger seg mellom ulike kontekster hvor mulighet og adgang til læringssituasjoner kontinuerlig forhandles mellom

deltakerne (Blåka, Filstad, 2007). Sykepleierne er deltakende i mange praksisfellesskap, en sykepleier forteller at hun kanskje har mest å lære av de erfarne sykepleierne. Samtidig er det noen som trenger den kunnskapen hun har, slik blir det en ny videreføring, de nyutdannede har mye teoretisk kunnskap som de bidrar med. I følge Wenger (2004) er evnen til å ha mange forskjellige nivåer av involvering et viktig trekk ved et praksisfellesskap. Samspillet mellom nivåene gir et mangfold av ulike læringsmuligheter. Dette kan skape en strøm av kunnskap på tvers av formelle grenser (Norhaug 2004). "Lærende organisasjon" ser på kunnskap som en prosess og legger et sosiokulturelt læringssyn til grunn og forutsetter medvirkning, autonomi og kunnskapsutvikling i arbeidslag, faggrupper og prosjektgrupper som fundament for læring, mindre vekt på lederbeslutninger (Dimmen, 2005)

I disse avdelingene er det lett å rekruttere nye, fordi avdelingene får et omdømme av være avdelinger med stimulerende læringsmiljø.

Sykepleierne forteller om et dynamisk samspill mellom medarbeiderne, lederne og strukturelle og organisatoriske forhold, som utgjør den spesielle læringskonteksten ved hvert enkelt sted. Det er et dialektisk forhold mellom de ulike aktørene (Garsjø, 2008).

Senge (1990) sier at "Lærende organisasjoner" er å anse som en organisasjonsoppskrift, en faglig begrunnet anbefaling. Sykepleierne i denne studien gav sine sterke anbefalinger til denne organisasjonsformen, det ble uttrykt stor grad av trivsel og trygghet i disse avdelingene og gode muligheter for kontinuerlig læring.

Et ledersyn bygd på NPM strategi legger ikke så stor vekt på mulighet for uformell læring, det er mer fokus på effektiv drift og læring tilrettelegges ut fra ledernes syn på hva som trengs av kunnskap (Dimmen, 2005). Kompetanseheving handler mye om administrasjon og ledelse (Haggstrøm, Bruhn, 2009). Det fortelles om store forskjeller i kunnskapsledelse, mye tyder på at det handler om valg av ledelsestrategier, på bakgrunn av ulike kunnskapssyn og tradisjoner (Dimmen 2005). Schrøder (1999) understreker at helsevesenet er avhengig av kvalifiserte, motiverte og engasjerte medarbeidere i alle ledd for å kunne skape et helsevesen dominert av kvalitet, effektivitet, omstillingsevne og nytenkning (Jakobsen, 2005).

Det hadde vært ønskelig med gode læringsforhold, gjennom praksisfellesskap for alle sykepleierne i sykehjem men det er forhold som gjør at hverdagen fortøner seg helt annerledes for en del sykepleierne. Det er tydelig ut ifra funn at det er kvalitative forskjeller på mulighet for uformell læring. Manglende mulighet for variasjon i utfordringer og tilgang til erfarne sykepleiere utgjør den grunnleggende forskjellen.

Med variasjon i bemannings situasjon vil det stilles store krav til støtte fra lederne, der “viktige andre” mangler i praksisfellesskapet. I følge Eurat (2004) vil sykepleiernes læringsmuligheter være avhengig av fordelig og strukturering av arbeidet. Det må være “tilpassede utfordringer” som de kan mestre med støtte fra “viktige andre”, for at “troen på seg selv” skal utvikles. Dette er følge Eurat(2004) et trangulert forhold av læringsfaktorer som utgjør sykepleiernes mulighet for læring.

6.2 Sykepleiernes behov for kunnskap knyttet til nye brukere

Et sentralt funn i denne studien er at det er ”gaps” i systemene for opplæring knyttet til nye brukere. Sykepleierne mener lederne har mulighet for å påvirke strukturelle forhold, og forhold i personalgruppa(Garsjø,2008). De må kontinuerlig legge tilrette både for konkrete lærings situasjoner og læringsprosesser. Virksomheten må ha en funksjonell struktur mener sykepleierne både formelt og uformelt(Garsjø,2008). Når man merker sviktende kommunikasjon eller sviktende problemløsning i en virksomhet, er det ikke tilstrekkelig med forklaring på individnivå, man må også vurdere systemnivået (Schein,1985). Sykepleierne gir tydelig uttrykk for at det er svikt i rutinene/systemene for opplæring.

Etter den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 plikter enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell (Helse og omsorgstjenesteloven,2006). Tjenester av god kvalitet skal sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere, som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis(Helse-og omsorgsdepartementet,2007a:10). Systematisk fokus på kompetanse og kompetanseutvikling og gode rutiner i sykehjemmene skal sikre at standarden er faglig forsvarlig iforhold til kvalitetsforskriften(Helse og sosialdepartementet,2003).

Profesjonell kompetanse vil være de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjøre det mulig for sykepleierne å utføre tjenester til brukerne i tråd med de definerte krav og mål(Lai,1997) Sykepleierne trenger spesialisert kunnskaper om eldre og aldring, spesielt innen for kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer(Helse-og omsorgsdepatementet, 2006;Romøren,1999;Thideman, 2005) samt kunnskaper i miljø arbeid siden det er brukernes hjem. Hva læringen til enhver tid bør konsentreres om vil variere(Skaug,2011). Det vil være knyttet til brukernes behov for tjenester. Sykepleierne forteller at de får en stor bredde i erfaringer. Pasientene har i gjennomsnitt fire aktive diagnoser, samtidig har mange svikt i forhold til evnen til å formidle sine behov. De ulike sykdommene, behandlingene, medisinene påvirker brukerne forskjellig, dette skaper store

utfordringer og setter sykepleiernes kunnskaper og erfaringer på prøve. Sykepleierne i studien har et bevisst forhold til eget ansvar for å oppdatere seg og refleksjon over eget arbeid, i tråd med lover og yrkesetiske retningslinjer (Sosial- og Helsedepartementet, 2005; NSF, 2005).

Strukturelle og faglige endringer i arbeidslivet som økt krav til spesialisering, stiller profesjonsutøverne overfor nye kvalifikasjonskrav (Jakobsen 2005). Samhandlingsreformen (2012) representerer slik sett, nye krav til kvalifikasjoner hos sykepleierne. De trenger i større grad spesialisert kunnskap knyttet utskrivningsklare pasienter som blir overflyttet fra sykehuset, flere av disse pasientene er alvorlig syke. Ambulerende team gir opplæring gjennom å komme til sykehjemmene å demonstrere, veilede og undervise, tilbudet får positiv omtale, men det dekker ikke det totale opplæringsbehovet. Sykepleierne beskriver situasjoner der de ikke har fått nødvendige kunnskapen i bruk av medisinsk teknisk utstyr, prosedyrer og i forhold til diagnoser og behandling av alvorlig syke brukere. For å sikre brukerne, tjenester av høy faglig kvalitet, har virksomhetene behov for ansatte som er oppdatert og kan faget sitt (Helsepersonelloven, 2001; NSF, 2011). Det er også praksis med at sykepleierne drar til sykehuset og får opplæring. Legen oppgis som en kilde til læring, sykepleierne forteller om tilgang til å ringe legene. Kunnskapsutveksling med legene på sykehjem oppgis som betydningsfull læring. Det bygges på en gjensidig respekt for den andres faglighet, ”companion trust” (Newell, 2002).

Lederne har et ansvar for å måle kompetansegapet organisasjonen preges av (Lai, 1997, Løvendahl, Nordhaug, 1998, Thidemann, 2005). Hvis gapet mellom det man får til og det man ønsker og gjøre blir for stort mister man energi til å ta fatt på oppgaven (Glosvik, 2007). Sykepleierne bør være med å kartlegge brukernes behov for tjenester (Bergland et al, 2010). Det er viktig at brukernes behov gjennomsyrrer alt bedriften gjør og at det sikres kompetanse på alle områder. Da må sykepleiernes kunnskaper kartlegges for å finne hvilke kunnskaper de har behov for, i møte med brukerne (Holter, 1994., her i Jakobsen, 2005; Norhaug, 2004; Ytrehus og Nuland, 2007). De sykepleierne i studien som ikke har kontakt med lederne i det daglige, etterlyser kommunikasjonskanaler. De har behov for samtaler med lederne som bygger på gjensidig tillit og respekt for å få formidlet sine opplæringsbehov (Newell et al, 2002). Lederne har behov for å kjenne til kompetanseprofilen og personlighetsprofilen til den enkelte, for å få utviklet individuelle kompetanseplaner. Skaug (2011) sier den samlede profesjonelle kompetanse består av både teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Kartlegging av kompetansebehov alene, vil være lite nyttig, det må

utvikles kompetanseplaner(Helse og omsorgsdepartementet 2003;2006). For å nå kompetansemålene, må det være en plan, iforhold til den enkeltes behov for kunnskap, hva som skal læres, hvordan det skal læres, hvor det skal foregå og når. Det er viktig at det finnes en innarbeidet praksis i institusjonen for kompetanseutvikling(Døvigen, Ure, Tobiassen og Hertzberg 2006). Sykepleierne fremmet forslag om at de kunne sette sammen grupper med ulik kompetanse, rullere i avdelinger eller hospitere, gå sammen i stell situasjon, disse og flere andre forslag. I "Lærende organisasjoner" kan virksomheten bevisst setter sammen team av medarbeidere som har mye å lære av hverandre, eller sørger for at det skapes rom for refleksjon i gjennomføringen av krevende oppgaver som ellers preges av knapphet på tid. Slik kan hverdagslæring bli en mer integrert del av virksomhetenes strategi og praksis for kompetanseutvikling (Kompetanseberetningen 2005:16). Det er fordel med en form for evaluering i ettertid, om kompetansemålene er nådd. Kompetanseprofilen til den enkelte vil være viktig i forhold til fordeling av utfordringer i arbeidet, her vil det være stor forskjell på deltakelse i praksisfelleskap med flere sykepleiere med mer eller annen kompetanse, da vil arbeidsoppgaven kunne fordeles(Eurat,2004). Mens de som jobber alene kan stadig oppleve manglede støtte, og utfordringene kan oppleves for store. Det er ledernes ansvar å skape rammer og muligheter for den enkelte sykepleier til å opprettholde og videreutvikle sin faglige kompetanse(NSF,2005).

Da vil det være behov for både individuelle og kollektive kompetanseplaner mener sykepleierne. Sykepleierne har et sterkt ønske om at nødvendig opplæring skjer på forhånd, slik at de kan føle en faglig trygghet når de skal utføre tjenestene. De sier det ikke er mulig å være helt forberedt i sitt arbeid for sykehjem, omsorg er en sosial relasjon som ikke kan forhåndsbestemmes (NSF, 2009), de mener derfor at det er viktig å gjøre noe med de forholdene som fører til en større forutsigbarhet i tjenesten.

Sykepleierne som stadig opplever "gaps" i systemene kan oppleve en utvikling der de på grunn av manglende mestring(manglende kompetanse) opplever at den indre motivasjonen avtar. Slik sykepleieren i denne studien manglet kunnskaper for å gi parenteralernæring, hvis dette eller tilsvarende situasjoner gjentar seg, vil motivasjonen avta. Dette kan da ifølge Derci og Ryan(1990) føre til amotivert atferd, hvor sykepleierne resignerer. Negative tilbakemeldinger som kan følge manglede mestring(dårlig tjenester) har generelt reduserende effekt på indre motivasjon(Derci, Casio & Krusell,1973).

Skaug(2011) sier at kompetanseutvikling i alt for høy grad blir overlatt tilfældighetene og ildsjelene, noe som legger stort potensiale for profesjonell kvalitetssikring brakk. Ifølge Ytrehus og Nuland(2007) har 56% av sykehjemmene opplæringsplaner, men de føler ikke

stor forpliktelse til planene. Noe intervjuene ved de 8 avdelingene gjenspeiler, ingen av sykepleierne kjente til opplæringsplaner for sin avdeling eller virksomhet, kun planer for opplæring av nytilsatte og medikamentopplæring. Det er viktig at lederne tydeliggjør planer, strategiske mål og rammeverk for medarbeiderne. Uformell læring trenger også rammer og mål, samt tilrettelegging. Det vil være ledernes ansvar å føre læringen i riktig retning i forhold til overordnede intensjoner og mål for virksomheten.

Sykepleierne formidler at det er flere forhold ved deres arbeid som gjør personlig oppdatering vanskelig å overholde. Sykepleierne forteller om stor variasjon i mulighet for å samarbeide med andre, til å spørre andre og reflektere sammen (Bjørk, 2001; Thidemann, 2005). På grunn av arbeidets organisering, avdelingskulturen og arbeidsbyrden fungerer ikke alle avdelingene som gode læringsarenaer, formidler sykepleierne (Eurath, 2004; Kirchoff, 2005, 2006; Norhaug, 2004). Systematisk opplæring kan øke både kompetansenivå og anseelse (Kikevold, 2008), men på grunn av manglende kartlegging er mye av undervisningen lite målrettet (Ytrehus, Nuland, 2007). Læringskompetanse står i hverdagen i et direkte spenningsforhold til det å få jobben gjort. Sykepleierne i studien formidler at det er vanskelig å finne tid til læringsaktiviteter i det daglige. Det finnes stabile komponenter i motivasjon men man ser en sammenheng mellom faktorer i arbeidsmiljø og motivasjon for læring (Deci, et.al., 1989; Gagne & Deci; Jelstad, 2007). Travelhet kan føre til at motivasjonen vil synke, ved manglende følelse av kompetanse, autonomi og tid til å søke støtte hos viktige andre. Thidemann (2005) viser til at sykepleiernes muligheten for læring kan bli hindret av et økende press om effektivisering. Dersom man bare er opptatt av “å få jobben gjort” vil organisasjonen svikte med hensyn til utvikling. Læring dreier seg om kompetanse endring. For å takle de kontinuerlige endringer i kompetansekrav er det nødvendig med både individuell og organisatorisk læring (Nordhaug, 2004). Sykepleierne sier at det kan være treghet i forhold til å endre ting når de melder ifra om svikt i systemer og opplæringsrutiner. En nærliggende forklaring er at kravene om innsparing overskygger andre verdier og mål som kompetanse og kvalitet.

Et funn i denne studien er at sykehjem har ubrukte kunnskapsressurser i form av kompetente medarbeidere. Når sykepleierne blir spurt om andres spesialkompetanse (videreutdanning, eller lang erfaring fra et spesial område) blir brukt, svarer de bekreftende på det. Når sykepleiere med spesialkompetanse blir spurt om deres spesialkompetanse blir benyttet i virksomheten, svarer de avkreftende. Samtidig er det noen sykepleiere som sier at de har kollegaer med videreutdanninger som de kunne “dratt mer veksle på”, så de er klar over at det er

underutnyttede kunnskapsressurser. Kartlegging av kompetanse ressurser foregår i veldig liten grad (Norhaug, 2004). Det kan derfor være at kompetanse ressurser til opplæring finnes i sykehjemmet uten at ledere eller medarbeidere har oversikt over dette.

I forhold til funn om "Gaps" i systemet knyttet til opplæring, var det kontekstvariabler som hadde stor betydning. Både for behovet for opplæringsplaner og opplevelsen av system svikt. Praksisfelleskap med mulighet til å samarbeide med andre sykepleiere var av avgjørende betydning. De sykepleierne som gir uttrykk for de alvorligste sviktene, er de som arbeider alene som sykepleiere og som har lite fagkunnskap i kollega felleskapet. De føler seg mest rammet ved manglende rutiner og gir klart uttrykk for at de ønsker systemer for planlagt undervisning.

6.3 Kommunikasjonskanaler på tvers av avdelingene

Et sentralt funn i denne studien er at kommunikasjonskanaler på tvers av avdelingene er helt avgjørende for å dekke læringsbehovet for sykepleiere på avdelinger med lav sykepleiedekning. For disse sykepleierne handler etablerte kommunikasjonskanaler, om å være en del av et større felleskap. Sykepleierne formidler at det har konsekvenser for hvordan de trivdes, trygghet, tilhørighet, tillit og hvor fornøyde de var med jobben sin.

To sykehjem, her kalt sykehjem 1 og sykehjem 2. blir sett på hver for seg. Det ble foretatt intervjuer ved fire avdelinger.

Ved en avdeling på hvert sykehjem avdeling 1a og 1b beskrev de læringsforholdene å være i tråd med ideen/visjonen om "lærende organisasjon". Det var mange ansatte med høy kompetanse og de uttrykker at det er et stimulerende læringsmiljø.

Ved disse sykehjemmene var det en avdeling ved hvert av sykehjemmene som kalles 2a og 2b som hadde lav fagkompetanse, det var sykepleiere som jobbet alene ved disse avdelingene. Sykehjem 1; Utvekslet avdeling 1a og 2a kunnskap på tvers av avdelingsgrensene.

Sykehjem 2; Var det ikke etablert kommunikasjonskanaler mellom avdelingene, det var nesten helt fraværende.

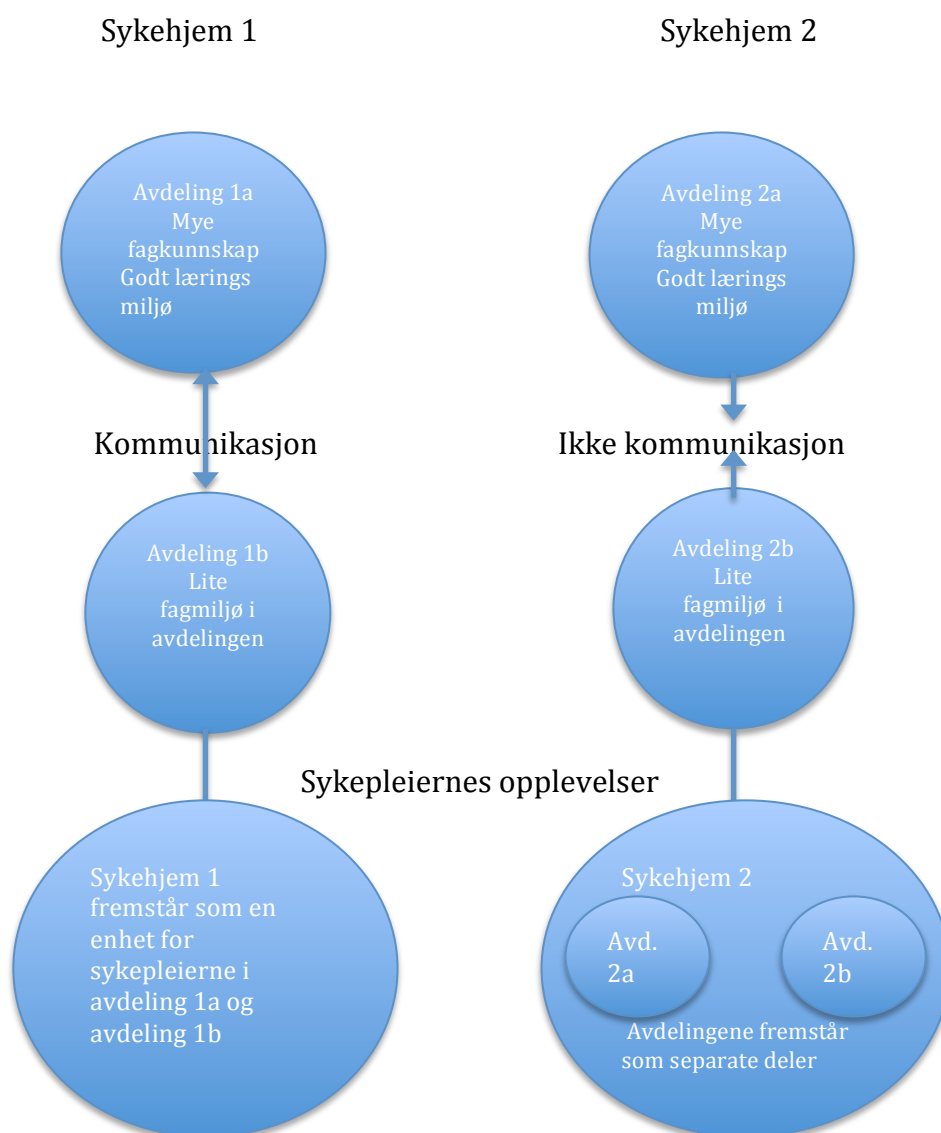
Sykepleieren i sykehjem 1, i avdeling 2a omtaler virksomheten under et. Hun opplever at hun er en del av et større felleskap, er fornøyd og trives i avdelingen hun arbeider. Utfordringene føles tilpasset fordi hun alltid har noen å rådføre seg med, hun opplever arbeidssituasjon som trygg og interessant som ifølge Eurat (2004) er viktige læringsfaktorer.

Sykepleieren i sykehjem 2, i avdeling 2b føler seg alene, hun opplever seg sårbar, utfordringene føles for store, hun føler ikke hun får den nødvendige støtte og er ikke fornøyd

med sin arbeidssituasjon, hun føler seg alene og glemt. I denne situasjonen er ikke Derci og Ryans(1990) kompetanse, autonomi og tilhørighet ivaretatt, da vil den indre motivasjon avta. Denne situasjonen vil ha følger for brukerne i avdeling 2b ved at de ikke får optimale tjenester.

I sykehjem 1. Fremstår virksomheten som en enhet, mens i sykehjem 2 fremstår virksomheten bestående av flere ulike enheter.

Modell 3



Det å tenke organisasjonen som en felleskultur som skal preges av et stort engasjement for læring og kunnskapsdeling, vil være i tråd med visjonen om "lærende organisasjoner". Det er en viktig del av kunnskapsledelse i kunnskapsorganisasjoner og tilrettelegge for dette(Dimmen,2005). Dahlin(1999) sier at kunnskapsledelse i lærendeorganisasjoner fokuserer både på kunnskapsprosesser på individ, gruppe og organisasjonsnivå.

Medarbeiderne og kulturen representerer erfaringsbasert, innforstått kunnskap som er viktig for både tjenesteutførelse og for læring og kompetanseutvikling (Dimmen,2004).

Det vises her at det er av betydning hvordan virksomhetene organiseres. Hvordan personal sammensetningen er ved avdelingene og hvilke kommunikasjonskanaler som er etablert på tvers av avdelingsgrensene.

Skaalvik (2010) konkluderer med at et godt læringsmiljø innkluderte veiledning, tilbakemeldinger, muligheter for faglige diskusjoner og refleksjon i et faglig felleskap (ibid). Argyris og Schön (1996:28) peker på at det er forhold som miljøet i avdelingene (organisasjonen), kommunikasjonskanaler, informasjonssystemer og rutiner for samarbeid som vil påvirke viljen og motivasjon for å lære.

Når disse sykepleierne ikke har disse kommunikasjonskanalene vil sykepleierne i avdelinger som 2b, ikke ha mulighet for den konstruksjonen av kunnskap som forgår i et praksisfelleskap, der de gjennom dialog formulerer problemstillinger, kommer med ulike forslag/motforestillinger som fører til konstruksjon av nye forslag som utvikles mellom deltakerne i praksisfelleskapet.

Det finnes stabile komponenter i motivasjon men man ser en sammenheng mellom faktorer i arbeidsmiljø og motivasjon for læring(Deci ,et.al.,1989; Gagne &Deci; Jelstad,2007). Det er store variasjoner i sykepleiernes opplevelse av et autonomistøttende miljø der grunnleggende behov for kompetanse, autonomi og sosial tilhørighet er oppfylt, dette vil ha betydning for opprettholdelse av indre motivasjon over tid.

Sykepleierne forteller om ”gaps” i systemet i forhold til ansvarsvakter i helgene. Det er manglende kommunikasjonskanaler mellom avdelingene og sykepleierne får ikke nødvendig informasjon om brukere fra andre avdelinger. De ser det som en stor faglig utfordring og ha ansvar for flere avdelinger og ønsker større forutsigbarhet i forhold til dette. Sykepleierne trenger kunnskap om brukere med spesielle behov, prosedyrer og bruk av medisinsk teknisk utstyr fra andre avdelinger. Det er ikke tilrettelagt noe fora for denne informasjonsutvekslingen, noe sykepleierne anser som helt nødvendig.

6.4 Mangfold av læringsmuligheter

Sykepleierne forteller om en stor bredde og et mangfold i læringsmuligheter, dette er knyttet til mange ulike aktiviteter. Dimmen (2004) viser til at det å skape en positiv kompetansekultur

og å få til et kontinuerlig fokus på kompetanseutvikling vil kreve et bredt spekter av tilnærminger, virkemidler og planer som stadig må endres og utvikles. Det er viktig med ledere som har kunnskap om hvordan man på best mulig måte kan tilrettelegge for læringsaktiviteter som er i tråd med læring i dagens kunnskapsorganisasjoner, der det er krav til kvalitet, effektivitet og kontinuerlig læring. Gjennomgående er sykepleiernes oppfattning at tilbudet om organisert læringsaktivitet har blitt redusert. For at sykepleierne skal oppleve motivasjon for læringen, fordrer det stor grad av autonomi(Derci,Ryan,1990). Hvis sykepleierne har innflytelse på planlegging og gjennomføring av læringstiltak er det en læringsfremmende faktor(Lai,2008). Noen sykepleiere opplever at lederne samordner og balanserer deres ønsker med organisasjonens strategi og overordnede mål for virksomheten(Dimmen,2005). Dette er autonomi støttende i forhold til at den enkeltes ønsker blir ivare tatt(Derci og Ryan,1990). Når læringsaktiviteter blir opplevd å være i tråd med egne verdier og mål, sees læring som positive byggesteiner for faglig og personlig vekst (Bjørk et al.,2007a). Berg og Eikland(1997) sier at medvirkning skaper motivasjon og gir eierforhold til og ansvar for læringen og kan slik sett bidra til måloppnåelse.

Sykepleierne ønsker opplæring i de spesifikke fagområder de arbeider med, praktiske prosedyrer og ulike diagnoser og behandling. Noen ønsket opplæring gjennom å rullere internt, andre ønsket formell opplæring, kurs, videreutdanning, faglig felleskap, arenaer for utveksling av kunnskap og refleksjon. Det var mange ønsker i forhold til læring, det er disse forholdene som kan utgjøre motiverende faktor for læring ved at de tas hensyn til i planlegging av opplæringstiltak. Hver enkelt sykepleier vil ha sin motivasjonsprofil, slik at det fordrer kjennskap til den enkelte for å optimalisere mulighetene for motivasjonsfremmende tiltak.

Sykepleierne mener derfor det er viktig å ha systematisk målrettet opplæring gjennom eksterne kurs. Hvis tanken er å utvikle ekspert kompetanse på et spesielt område, vil det være gunstig å sende en med spesiell interesse for fagområde kurset omhandler. Noen sykepleiere mener spesielle interesser for fagområde vil ha betydning for tilegnelsen av kunnskapen, motivasjon og iver for å videreformidle dette. Noen forteller at de får tilbud om å dra på kurs etter tur, for at det skal være et rettferdig system. Hvis sykepleierne ikke opplever tilbudet og læringsaktivitet tilpasset deres ønsker eller behov går det ut over læringen(Dearley & Bass,1995; White et al.,1998). En annen måte å tildele medarbeiderne eksterne kurs på, er hvis behov og interesseområder er kartlagt på forhånd sier sykepleierne. Avdelingsledere som kjenner sine medarbeidere godt, vil kunne tilpasse tildeling av kurs etter opplæringsbehov på en fleksibel måte uten at det vil oppleves urettferdig. At det er i tråd med egne ønsker og

behov fremmer læringen(Lai,2008;Bjørk,et al.,2007;Derci,Ryan,1990). I denne studien er det tydelig at mulighetene for å påvirke læringsaktivitetene varierer. Å få reise på kurs oppleves som et gode, det er som et “kikk” blir det uttrykt. Et autonomistøttende miljø vil her ifølge Derci og Ryan(1990) innebære å oppmuntre og gi mest mulig innflytelse til den enkelte for å velge selv. Gagne og Derci(2005) viser til at et autonomistøttende miljø også kan føre til at sykepleierne opplever økende grad av motivasjon for oppgaver de i utgangspunktet ikke var spesielt interessert i, de utvider grensene for hvilke forhold de synes er viktige. Dearly(1995) viser til at hvorvidt læringen oppleves relevant er avgjørende for motivasjon og engasjement.

I denne studien vises til et prosjekt hvor det faglige emne, har vært styrende for sammensetting av prosjektgruppen. Her uttrykker de stor grad av læringsutbytte og motivasjon, at resultatet ble et verktøy som er anvendbart for praksis blir vektlagt. At det førte til kvalitetsforbedring av tjenetilbudet til alvorlig sykebrukere var en viktig motivasjonsfaktor i arbeidet(Dealy,Bass1995;Deci1996;Ryan2003). Begrepet motivasjon er nært knyttet til betydningsopplevelse(Wikipedia,2012). Sykepleierne viser til en sterk motivasjon for prosjektet fordi målet om å gi gode tjenester er meningsfullt og viktig for dem(Dealy,Bass,1995;Deci,1996 ;Ryan,2003). Deltakerne i prosjektet kom fra ulike steder i organisasjonen, noe som førte til av strøm av informasjonsflyt på tvers av formelle enheter (Nordhaug2004).

Det er vanskelig å sende noen fra avdelingen på kurs i arbeidstiden. Det er økonomiske forhold som må tas hensyn til, man får ikke leie inn ekstra hjelp det må løses internt formidler sykepleierne. De opplever det konfliktfylt å forlate avdelingen når de opplever at dette går utover pasientene, og de medarbeiderne som blir igjen på avdelingen. Dette stemmer med funnene til Haggstrøm og Bruhn(2009) om at praktisk tilrettelegging er helt nødvendig for at sykepleierne skal delta i læringsaktivitet. Selv om tilbud om eksterne kurs varierer sier alle sykepleierne at de har dette tilbudet. System for tildeling av kurs gjør at det i mange tilfeller oppleves lite målrettet. Et sykehjem skiller seg ut fra de andre, når det gjelder å sende sykepleierne på eksterne kurs. De valgte å sende en person på alle kurs. De hadde lagt vekt på personlige egenskaper og evnen til å formidle kunnskap til resten av personalgruppen. Ellers ble det formidlet at det var lite forventning til dele kunnskapen fra eksterne kurs til de andre i personalgruppen, dette betegnes som brudd i læringssirkelen av March og Olsen(1976). Det var heller ikke avsatt noe tid til deling av kunnskap fra eksterne kurs. Samtidig var en del sykepleiere bevisst på at denne kunnskapen ble delt gjennom daglig samhandling i praksisfelleskapet.

6.5 Tilrettelegging av arenaer for utveksling av kunnskap

Sykepleiemøtene nevnes som en viktig arena som brukes til undervisning, samtale om praktiske og organisatoriske forhold og erfaringsutveksling. Wenger, McDermott og Snyder(2002) hevder at selv om praksisfelleskap er organiske, så kan et godt felleskapsdesign i organisasjoner invitere og oppmuntre til kultivering av praksisfelleskap. Å skape arenaer for praksisfelleskap, handler om å etablere muligheter for dialog mellom samarbeidende eller potensielt samarbeidende aktører.

Gruppen av sykepleiere som møtes til sykepleiemøter, kan betraktes som et praksisfelleskap som samarbeider om fellesoppgaver, der sosiale samspill og læreprosesser utspiller seg og gir tilhørighet(Lave,Wenger,2003). Dette vil føre til en lettere tilgang til deling av fagkunnskap i den daglige praksis. I sykepleiemøte etableres et felleskap for sykepleiere i hele virksomheten, og ikke bare i den enkelte avdeling. Teori om situert læring viser at det er viktig å ha mestere i praksisfelleskapet (Lave,Wenger,2003), dette er en nødvendighet for utvikling av sammensatt kompetanse som er nødvendig i sykehjem. Tilgang til erfarne kollegaer vektlegges også av Eurat(2004) og Thidemann(2005) det er viktig med en kontinuerlig tilgang til dette. Sykepleiemøter vil kunne føre til etablering av nettverk på tvers av organisasjonens grenser hvor det kan være en flyt av kunnskap(Norhaug,2004). Sykepleiere mener inspirasjonen fra sykepleiemøtene bør brukes til noe kreativt og bidra til å forme virksomheten. Dette tyder på at sykepleierne opplever dette felleskapet innovativt og nyttig.

Ved å se på utsagnene fra informanter ved hver enkelt virksomhet separat og sammenligner disse, sees organisatoriske forskjeller.

- Sykehjem 1 har ikke faste intervaller mellom sykepleiemøtene.
- Sykehjem 2 har ikke sykepleiemøter lenger.
- Sykehjem 3 har sykepleiemøter regelmessig.

De som har sykepleiemøtene regelmessig spesifiserer innholdet tydelig og forteller om utbytte av denne undervisningen og av deling av kunnskap i disse møtene. Siden en del av sykepleierne ikke har tilgang til felleskap med andre sykepleiere i det daglige kan sykepleiemøtene være en god felleskapsdesign som vil ha stor betydning for opplevelsen av tilhørighet og utveksling av sykepleiefaglig kunnskap.

Fagdager består av undervisning, samtaler, erfaringsutveksling og bidrar til kunnskapsøkning for hele personalgruppen, formidler de. Disse møtene beskrives ganske likt i to av virksomhetene men det er stor variasjon i hvor ofte de har disse møtene.

- Sykehjem 1 har fagdager to ganger i året.
- Sykehjem 2 har ikke fagdager lenger.
- Sykehjem 3 har halve fagdager fast hver måned.

Læringsutbytte i sykehjem 1 og sykehjem 3 vil være ulikt på grunn av tids intervallene mellom møtene. At tilbudet hadde blitt borte i sykehjem 2 opplever sykepleierne som svært frustrerende, for samtidig som tilbudene har blitt borte, formidler sykepleierne at deres opplæringsbehov har økt. Sykepleierne trekker paralleller mellom innsparingstiltak og reduksjon av læringsaktivitet. Norhaug(2004) sier at ressurser brukt på kompetanse og kompetanseutvikling er noe av det de reduserer først i dårlige tider, selv om det er da behovet for kompetanseøking er størst.

Disse sykepleierne opplever ikke at det tilrettelegges for nødvendig læringsaktivitet og er frustrerte over denne situasjonen. Sykepleieren her gir uttrykk for at det er helt nødvendig at de får mer opplæring, de etterlyser å bli tatt på alvor. Noen sykepleiere formidler at det tilrettelegges for kurs for bare sykepleiere innimellom da kan det være noen som har spisskompetanse på et emne, som underviser de andre sykepleierne. Det er sykepleierne som har det helhetlige ansvaret i sykehjem de følger opp pasientene og den medisinske behandlingen, samtidig som de har fokus på de sosiale forholdene slik at pasientene skal trives. Sykepleierne kan i kraft av sin profesjon og sitt helhetlige perspektiv være med å påvirke fagmiljøet (Meyer et. al,2010). Sykepleierne vil ha et stort ansvar i forhold til formidling av kunnskap til medarbeidere med manglende eller lite fagkunnskap. Så sykepleiernes mulighet for læring vil på flere måter ha betydning for kvaliteten brukernes tjenestetilbud. Sykepleierne i studien sier at når de får nødvendig opplæring får det ringvirkninger på tjenesteutøving ellers i avdelingen, siden vi står med et stort opplæringsansvar i forhold til andre yrkesgrupper.

6.6 Stillerapport og refleksjonskort

Kunnskapsutveksling knyttet til tiltak for brukerne forgår i ukentlige avdelingsmøter og gruppemøter, samt i daglige kardexmøter, rapport og morgen møte. Noen sykepleiere fortalte om overgang til stille rapport som skulle være tidsbesparende i tråd med NPM tankegang. Sykepleierne følte her de mistet noe ved å ha stille rapport. Brukergruppens behov er så sammensatt at sykepleierne opplevde at de hadde behov for å drøfte ulike tiltak og vurderinger, samt etterspørre andres observasjoner i rapport situasjon. Vanlig praksis er at de diskuteres pasient problemene på et faglig grunnlag, det gis støtte på vurderinger og

praksislæring etterspørres. Tildeling og strukturering av arbeid er sentralt i forhold til framgang/læring, fordi det påvirker, vanskeligheten eller utfordringer av arbeidet. For det andre hvilken grad det er individuelt eller samarbeidende, for det tredje muligheter for møter. Det vil si mulighet til å observere og jobbe sammen med de som hadde mer eller ulik kompetanse og danne relasjoner som kan gi tilbakemeldinger og støtte. Det må være utfordringer som gjør at de får tilstrekkelig med utfordringer uten å være for utforende/skremmende så det reduserer deres tillit(Eurat,2004). Disse forholdene vil ha betydning for den enkeltes utførelse av arbeidet og personlig utvikling og læring. Rapport møtene gir mulighet for å ta hensyn til den enkeltes kvalifikasjonen og forutsetninger for å ivareta brukernes behov ved fordeling av arbeidet. Det foregår også innslag av teoretisk undervisning, samt at praktiske og organisatoriske forhold blir diskutert. Kunnskapsutvekslingen som forgår i rapport situasjon vil være avhengig av kompetansen i kollegafelleskapet, det vil være viktig at felleskapet ikke bare består av noiser(Benner,1984).

Skaug(2011) sier vi trenger sosiale samspill for å utvikle profesjonell kompetanse, samtidig som vi trenger tid til refleksjon over, for å lære av våre erfaringer (ibid). Refleksjon over handlinger beskriver Lauås og Handal(2000) som å bidra til at sykepleieren blir klar over grunnlaget av kunnskap, erfaringer og verdier, som yrkesvirksomheten deres hviler på. Det hevdes at refleksjon er en måte å utvikle kunnskapsbasen på for profesjonelle yrkesutøvere. Andre sykepleiere fortalte om en utvikling av rapport situasjon i tråd med visjon om den “lærende organisasjon” tankegang. De hadde innført refleksjonskort hvor de ti minutter på morgenen diskusjon rundt en case hentet fra egen praksis eller andre etiske dilemmaer. Refleksjon kommer av ordet reflexio som betyr overveieelse, ettertanke, betraktning, tanker om et emne eller tilbake-kasting (Aschaug og Gyldendal,1983). Sykepleierne vektla denne muligheten stor verdi både for seg selv og for felleskapet, de opplevde at de fokuserte på god pleie før de gikk ut i avdelingen på morgenen. Personlig kunnskap er unik den er uløselig knyttet til sin bærer men den kan formidles og deles med andre(Skau,2011). Ved å utvikle ulike sider ved sin kompetanse til en balansert helhet, vil man kunne bruke både hode, hender og hjerte og er i stand til og bedømme når det er på sin plass og bruke hva. Denne personen vil holde en god etisk standard og stille høye kvalitetskrav til til seg selv(Skaug2011).

6.7 Sykepleierne bruker i liten grad litteratur og digitale kilder til oppdatering og tilegnelse av kunnskap.

Tilgjengelige kilder for tilegnelse av kunnskap ansees av sykepleierne som nødvendig. Det er tydelig at det skjer en utvikling i retning av større tilgang til nettbaserte tjenester i sykehjem.

Den digitale utviklingen er i tråd med en mer effektiv modell for sykehjems drift (Samhandlingsreformen 2012). Når sykepleierne får inn brukere med ukjente diagnoser opplever de behov for kunnskap om diagnose, sykdomsforløp og ulike prosedyrer. Sykepleierne plikter å holde seg oppdatert (Helse og omsorgstjenesteloven 2011; NSF, 2011). Sykepleierne bruker av egen fritid for å oppdatere seg, det blir lite tid til digital tilegnelse av kunnskap i det daglige arbeidet Thidemann (2005) og Koivola (1998) viser til at travelhet er en hindring for læring. Sykepleierne i studien formidler at det å tilegne seg kunnskap gjennom litteratur eller data, ikke blir sett på som en del av jobben. Her har lederne et ansvar for å tydeliggjøre forventninger og mål. Tydlige kompetanseplaner kan benyttes til dette (Ytrehus og Nuland 2007).

Noen sykepleiere forteller at de har linker fra interne nettsider til fagkunnskap, prosedyrer og ulike skjemaer. De sykepleierne som har slik tilgang sier det er veldig nyttig, det er lett å finne det man trenger. Sykepleierne benytter elektroniske pasientjournaler og er vant til bruk av dataprogram i forbindelse med dette. På tross av en utvikling med stadig mer digitalisering, forteller sykepleierne om store forskjeller når det gjelder kjennskap til digital tilegnelse av kunnskap og bruk av digitale verktøy. Sykepleierne trengs linker til kunnskap som er relevant i forhold til det de jobber med. Noen sykepleier formidler de at de har behov for dataopplæring.

Formell læring er planlagt og kan skje enten i regi av eksterne kurs, utdanningsinstitusjoner eller på arbeidsplassen i samarbeid med profesjonelle aktører (Lai 2008). Sykehjem har satt i gang utviklingsprosjekter i samarbeid med universitet og høyskoler og sykehus, for å bedre kompetansen i tjenesten, bruk av digital læringsplattform er her et nyttig verktøy (Ytrehus og Nuland 2007). Kirkevold (2008) beskriver hvordan systematisk opplæring ved sykehjem kan øke kompetansenivå og anseelse. Sykepleierne som arbeidet alene opplever at det er en nødvendighet med digital tilegnelse av kunnskap, ellers brukes kildene som er lettest tilgjengelige, for de fleste er det kollegafelleskapet. Estrabrooks, Chong, Brigideat et al (2005) fant at lærebøker, tidsskrifter og internett ble lite brukt i tilegnelse av kunnskap. Lekan, Hendrix, McConnell og White (2010) viser i sin studie til man med fordel kan bruke flere former for tilnærming, når man ønsker å implementere forskning i praksis. Sykepleierne fortalte at de søkte etter forskningsartikler digitalt, noen hadde kjennskap til bruk av helsebiblioteket, andre hadde kjennskap til bruk av databaser, gjennom videreutdanninger de hadde tatt. Praktiske prosedyrer for sykepleiere ble mye brukt. Det blir benyttet lærebøker fra sykepleieskolen og annen faglitteratur som er tilgjengelig når de trengte kunnskap i spesielle

situasjoner, hvis ikke det var tilgjengelige kollegaer med relevant kunnskap. Sykepleierne legger vekt på at de benytter de kunnskapskildene som er mest tilgjengelige. Det er tydelig at det er et stort potensiale for tilegnelse av kunnskap om bruk av digitale verktøy og om bruk av digitale nettsteder.

7.0 Konklusjon

Denne studien viser at hvert sted utvikler sin spesielle læringskontekst, det er et dynamisk forhold mellom kollegaer, lederne og strukturelle og organisatoriske forhold. Sykepleierne tillegger “praksisfellesskapet” avgjørende betydning for deres mulighet for kontinuerlig læring. Formelle læringsaktiviteter er redusert og det er store forskjeller i hvordan det tilrettelegges for ulike læringsarenaer. For utvikling av gode læringsarenaer har lederne en nøkkelrolle ved å kunne påvirke organisatoriskeforhold, strukturelleforhold og personalgruppens sammensetning. Måten å tenke ledelse på inneholder forutsetninger for hva som er hensiktsmessig både når det gjelder organisering, struktur og kultur, dette gjenspeiler seg i de forskjellige avdelingene.

Dårlig planlegging og manglende kartlegging av opplæringsbehov, fører til at tilpassning av læringstilbud blir lite målrettet. Lederne har et ansvar for å måle kompetansegapet organisasjonen preges av og lage individuelle og kollektive kompetanse planer i samarbeid med sykepleierne. Det vil være viktig å avdekke de strukturelle forholdene som ikke støtter opp om kontinuerlig læring. De sykepleierne som arbeider alene er avhengig av kommunikasjonkanaler på tvers av avdelingene og støtte fra “viktige andre”.

Sykepleierne ønsker å gjøre en god jobber de har en indre motivasjon, fordi dette er viktig for dem. For å opprettholde stor grad av indre motivasjon, har sykepleierne behov for et autonomistøttende miljø, opplevelse av kompetanse og tilhørighet.

Det er store forskjeller mellom sykehjemmene, hvordan det tilrettelegges for læring, samtidig er det forskjeller internt i sykehjemmene. Noen sykepleiere etterlyser å bli tatt på alvor og sier kompetanseheving i sykehjem må til. Mens andre opplever et felleskap hvor de føler de får dekket sitt totale opplæringsbehov og ikke har behov for å styrke sin egenkompetanse utover det de får tilført i felleskapet.

Det vil være behov for strukturelle og organisatoriske endringer for å tilrettelegge for gode læringsmiljøer. Det er brukernes behov som må gjennomsyre alt det som blir gjort. Det er et dialektisk forhold mellom alle involvert i sykehjem. God omsorg oppstår i samspille mellom bruker og sykepleier, det er i denne samhandlingen sykepleierne kan utvikle sine kunnskaper og i samhandling med kollegaer om best praksis.

8.0 Referanser

Aschehoug og Gyldendal(1983)*Store Norske Leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Argyris, C. & D.A. Schön (1983) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading: MA, Addison – Wesley.

Argyris, C. & D.A. Schön (1996) *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

Bakke, H.K. (2004) Nye tanker om bemanning i sykehjem. *Tidsskrift for norsk legeforening*. Nr. 21, s. 124.

Bandura,A.(1986).*Sosial Functions of Thought and Actions.A Social Cognitive Theory*.Englewood Cliffs,New Jersey:Pentice Hall

Benner,P.(1984):*From Noice to Expert.excellence and power in clinical nursing practice*. Addisom Wesley. London.

Berg, A.M. & O. Eikeland (1997) *Medvirkning og læring. Endringsprosesser i staten – en veileder*. Oslo: Tano Aschehoug.

Bjørk,I.T; Bjerknes,M.S(2003). Å lære i praksis:en veiviser for studenter. s 88-109
Oslo: Universitetsforlaget

Bjørk, I.T., Hansen, B.S., Samdal, G.B., Tørstad, S., Hamilton, G.A. (2007 a). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, (s 88-94)

Bjørk, I.T., Samdal, G.B., Hansen, B.S., Tørstad, S., Hamilton, G.A. (2007 b) Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A Questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* (747-757).

Bjørk,I.T(1999) Issues in Nurses`Practical Skill Development in the Clinical Setting *University*

of Oslo, Norway

Bjørk IT(2001)Sykehusavdelingen- et miljø for læring? Vård i Norden

Blåka, G. og Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo:Cappelen.

Brown, J.S., Duguid, P.(1991). Organisational learning and communities-of-practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. *Organisation Science*, 2 (1), 40-57.

Caspersen,K (2006) ”Evaluering av pedagogisk ressursbase” ved de videregående skoler i Telemark”. Rapport Telemark fylkeskommune.

Dahlberg, K.,Nyström, M. Dahlberg,H.(2008).*Reflective lifeworld research* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur. (s175-176)

Dahlin,Å(1999)Veien til den lærende organisasjon. Oslo Cappelen Akademiske forlag

Dealy MF, Bass M (1995) Professional development factors that motivate staff. *Nursing Management*; 26(8)

Deci, E.L., Connell, J.P., Ryan, R.M. (1989). Self determination in a Work Organisation. *Journal of applied psychology*, 580–590.

Deci, E. L., Ryan, R. M. (1990). A Motivational Approach to Self: Integration in Personality. I: *Nebraska symposium on motivation* (s. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

Deci, E. L., Ryan, R. M. & Williams, G. C. (1996). Need satisfaction and the self-regulation of learning. I *Learning and individual differences. A multidisciplinary journal in education*, 3, 165-183.

Deci, E.L. (1996). Self- Determined Motivation and Educational Achievement. I: T. Gjesme, R. Nygård (red.). *Advances in Motivation* (s.195-209). Oslo: Universitetsforlaget.

Dimmen, Å(2005): Evaluering av mellomlederprogrammet 2004-2005. Hønefoss, HiBu.
Notat av 13.6.05 http://brage.bibsys.no/hibu/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_5075/1/5605dimmen.pdf

Dreyfus.H.L.og Dreyfus.S.E(1986): *mind over Macin:The Power og Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*.Basil Blackwell. Oxford.

Dysthe, O.(1999):Ulike teoretiske perspektiver på kunnskap og læring. *Bedre skole nr.3*

Dysthe,O.(2001).*Dialog samspill og læring*. Abstrakt forlag.

Døvigen, E., O.B. Ure, A. Tobiassen, & D. Hertzberg (2006) *Kompetanse-utviklingsprogrammet 2000-2006. Sluttevaluering*. SNF-rapport nr.32/2006, Fafo-rapport, 551.

Estrabrooks CA, Chong H, Brigiadear K et al. Profiling Canadian nurses preferred knowledge source for clinical practic. *Can J Nurses Res* 2005;3s.118-140

Eurat, M.(2000): Non- formal Learning and tacit Knowledge in the Professional Work British. *Journal of Educational Psychology*, s.113-136.

Eurat, M.,Maillardet,F.,Miller,C.,Steadman,S.,Ali, Amer., Blackman,Claire.,
Furner,Judith.,2003. Learning in the first professional job: the first year off full time employment after college for Accountants, Engineers and Nurses *To the education resources information center(Eric)*

Eurat,M., S. Steadman., J.Furner 2004., Learning in the Professional Workplace: Relationships between Learning Factors and Contextual Factors.*division I paper Session, Monday12 April AERA 2004 Conference, San Diego*

Eurat,M(2004) Informal learning in the workplace. *Studies in Cintinuing Eduacation*; 247-274

Foss,C;Ellefsen,B(2005:80) Helsetjeneste forskning: *perspektiver ,metoder og muligheter*.Oslo Universitetsforlag

Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi / utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.

Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.

Gagnè, M., Deci, E.L. (2005). Selfdetermination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behaviour*, 26, 331-362.

Garsjø, O. (2008) *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademiske 2 utg.

Glosvik, Øyvind (2007): Førelingsnotat frå førelingar våren og hausten 2007, masterstudiet i organisasjon og leiing, Høgskulen i Sogn og Fjordane

Glosvik, Ø. (2009): *Leiing og endring av organisasjonar (OR684)*. Forelesning vårsemester 2009, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Førde.

Grendstad, G., & Selle, P. (1996). Kulturteorien og den nye institusjonalismen. In Grendstad & P. Selle (Eds.), *Kultur som Levemåte* (pp. 117-137). Oslo: Samlaget.

Grendstad, G. (1997). Kultur og Ledelse. In H. Byrkjeflot (Ed.), *Fra Styling til Ledelse* (pp. 123-135). Oslo: Fagbokforlaget.

Grennes, Tor., 2004, *Hvordan kan du vite at det er sant?*, J.W. Cappelens Forlag as, Oslo.

Gotvassli, K.Å. (2007) *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner. Rasjonalitet eller intuisjon og følelser?* Trondheim: Tapir akademiske forlag.

Hagen, A. og S. Skule (2008), *Kompetansereformen og livslang læring. Status 2008*, Fafo-rapport 2008:07.

Hiim og Hippe., (2001), *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere*. Oslo: Gyldendahl Norske Forlag.

Hart, G., Rotem, A. (1995). The clinical learning environment: nurses perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse education today*, 15, 3-10.

Häggström, Elisabeth och Åsa Bruhn (2009) Caregivers' attitudes to education and supervision in work with the older people in a nursing home. *Nurse Education Today*. Vol. 29; s 850 – 854.

Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene: evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)* (Rapport). Bø: Telemarksforskning

Hertting A., Nilsson K., Theorell T., Sätterlund Larsson, U. (2004). Downsizing and reorganization, challenges and ambiguity for registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (2), 145-154.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html>

Helse og omsorgsdepartementet(2005-2006; 7:1) *Mestring mulighet og mening*
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-7.html?id>

Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007:10). *Demensplan 2015: "Den gode dagen"*. Oslo
http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf

Helse- og omsorgstjeneteloven(2011;4:1, c,d) <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>

Helse og omsorgsdepartementet (2011) *Forskrift om en verdig eldreomsorg*
<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20101112-1426.html>

Helse og omsorgstjeneteloven(2011; 4.1-2) LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html#4-1>

Helse og omsorgsdepartementet(2015;1.2) *Delplan til omsorgsplan*
<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>

Holter I.M.,1994. Forvandlende lederskap. *Sykepleien fag nr.3,s 3-7*

Høgskolen i Buskerud, Rapport nr 56. http://brage.bibsys.no/hibu/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_5075/1/5605dimmen.pdf

Illeris, K., R.S. Caffarella, & L. Baumgartner, (2006) *Læring i arbeidslivet*. Roskilde: Universitetsforlaget.

Illeris,K(2000)*Tekster om læring*.Roskilde Universitetsforlag s247

Imsen, G (1997) Lærerens verden. *Innføring i generell didaktikk*. Oslo:tano Ascehoug s174

Jacobsen, D.I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jakobsen, R., 2005, *Klar for fremtiden?* Oslo:Gyldendahl Norske Forlag

Johannesen, A. (2004). Rekruttering av sykepleiere til sykehjem - Sykepleieres tanker og erfaringer. *Vård i Norden* 24(4), 45-47.

Jelstad, B. (2007). *Beyond Money: Intrinsic Work Motivation in profit and nonprofit organisations*. Bergen: Norges Handelshøyskole.

Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2008) The Norwegian teaching home program: developing a model for systematic practice development in the nursing home sector. *International Journal of Older People Nursing*. nr. 3, s. 282-286.

Kirchoff, J. (2005). Tilfeldig oppdatering. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr 3.

Kirchoff, J. (2006). Faglig oppdatering – for hvem? *Tidsskriftet Sykepleien*, nr 1.

Kvale, Steinar(2006) *Det kvalitative forskningsintervju*, 9.opplag,Otta: Gyldendal Akademiske, Oslo

Klinisk stige http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=118268

Knizek,B.L.,1998.I:Marit,M(red).*Spørsmålet bestemmer metoden* .Oslo: Universitets forlaget

Kruuse,E.,1989, *Kvalitative Forskningsmetoder i Psykologi og beslægtede fag*, Dansk Psykologisk Forlag

Koivula, M., Paunonon, M., Laippala, P.(1998). Prerequisites for quality improvement in nursing. *Journal of Nursing Management*; 333-342.

Koivula, M., Paunonon,Ilmonen, M., Laippala, P. (2000).Working community as the basis of the quality of care. *International Journal of Nursing Practice* ; 174-182

Kunnskapsdepartementet NOU(1997:25) pkt.7.1

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/1997/nou-1997-25/8.html?id=141165>

Kompetetansereformen. St.prp. nr. 1 (2005-2006;1) *Regjeringens mål*, Helse og omsorgsdepartementet<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20052006/stprp-nr-1-2005-2006-/1.html?id=211303>

Lai, L. (2008) *Strategisk kompetansestyring*. Oslo: Fagbokforlaget.

Lauås,P og Handel,G.,2000,*Veiledning og praktisk fagteori*. Oslo:J.W.Cappelens Forlag AS

Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situeret Læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lekan, D., C.C. Hendrix, E.S. McConnell & H. White (2010) The connected learning model for disseminating evidence-based care practices in clinical settings. *Nurse Education in Practice*. nr. 10, s. 243-248.

Levin, M. og Klev, R. (2002): *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen.

Lillejord, S (2003): *Ledelse i lærende organisasjoner*. Bergen, Fagbokforlaget.

LOV 2011-06-24 nr 30: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

Lov om helsepersonell (2001)- LOV 1999-07-02 nr 64. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring* (3 utg.). København: Gyldendal.

Malmedal, W., O. Ingebrigtsen & B.I. Saveman (2009) Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nr. 23, s. 231-242.

March, J.G. & J.P. Olsen (1975) The uncertainty of paste; organizational ambiguous learning, *European Journal of Political Research*. nr. 3, s. 147-171.

Meld. St. 12 (2011–2012;5:5.1) Kommunal og regionsdepartementet
Rammefinansiering(1986)<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/regpubl/stprp/20062007/stprp-nr-67-2006-2007-/5.html?id=4>

Molander,B.,1996,*Kunnskap i handling*.Gøteborg: Bokforlagt Daidalos AB

Moxnes,P.,1997, *At læra och utveclas i arbets miljøn*.Borås: Centraltrykkeriet AB

Meyer, S., Eilertsen, G., Ytrehus, S. (2010): Meningsfullt arbeid på sykehjem – erfarne sykepleieres perspektiv. I *Sykepleien forskning*, 02/10: 5, s. 148-154. Sykepleien. Oslo.

Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H., Swan, J. (2002). *Managing Knowledge Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.

Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organisational Knowledge Creation. I: C.W. Choo, N. Bontis (red.). *The strategic management of Intellectual Capital and Organisational Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.

Nord, R. (1998). Studier med utforskende design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad (red.). *Fra kunst til kolikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Norhaug,O(2004). Strategisk kompetanseledelse. Universitetsforlaget. Oslo

Nåden, Dagfinn., Braute,Eldbjørg.,1995,*Fenomenologisk- hermeneutisk*

tilnærming, Universitetsforlaget.

“Ny kompetanse”(1997:25)

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19971997/025/PDFA/NOU199719970025000DDDPDFA.pdf>

NSF(2011;4.1, 4.2 og 4.3) *Yrkesetiske retningslinjer* Oslo; Norsk sykepleierforbund
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.

Nygård, L og Vist,O(2006): “Framtidens omsorgstjenester”. Kommuneforlaget AS, Oslo

Nordhaug,O(2004)Strategisk kompetanse ledelse.Universitetsforlaget ,Oslo

Nåden, Dagfinn., Braute,Eldbjørg.,1995,*Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming*,Universitetsforlaget(digital)

Orvik, A. (2004.31): *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evolution Methods*. S. 230-246, 259-332. Sage Publications.

Paulsen, B. (2004). *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem* (nr 82-14-03512-0). Oslo: SINTEF Unimed

Polit, Denise F.et al.(1995)*Nursing Research*, J.B Lippincott Company Fifth Ed., Philadelphia

Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit,Denise.,Beck C.T.,2008, *Nursing Research. Grenerating and Assessing Evidence for Nursing Practice*,Lippcott: William& Wilkins

Reeve, J., Ryan, R. M., Deci, E. L. & Jang, h. (2008). Understanding and promoting autonomous self-regulation: A self-determination theory perspective. I D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (red.), *Motivation and self-regulated learning. Theory, research and applications*. (s. 223-244). New York: Lawrence Erlbaum.

Rice, P. L., Ezzy, D. (1999). *Qualitative Research Methods*. S. 29-94, 235-249. Oxford: Oxford University Press.

Richards, L. og J. Morse (2007) *Users guide to qualitative methods*. Sage publications, Thousand Oaks California

Ryan, R.M. og Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55:68-78.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective.

R. M. Ryan & E. L. Deci (red.). *Handbook of Self-Determination Research*. (s. 3-33). Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.

Ryan J. Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today* (2003) 498-508.

St.meld. nr. 47 (2008-2009:5) *Samhandlingsreformen* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/6.html?i>

St.meld. nr. 47 (2008-2009; 13:1) *Samhandlingsreformen* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/>

St.meld. nr. 47 (2008-2009;). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>

Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.

Senge, P. (1998): *Den femte disiplin*. Egmont hjemmets forlag. Oslo

Skaug, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser*. Latvia: Cappelen Damm AS.

Skaalvik, E. M.; Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena*. Oslo. Universitetsforlaget A/S

St.mld. nr. 25 (2005-2006, kap. 6.6.1:51)

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>

St.mld. nr. 25 (2005-2006:54)

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFS.pdf>

St.meld.nr 47 (2008-2009, kap. 3.3.5:20)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/6.html?i>

Statistisk sentralbyrå

http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=tr ue&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=07800

Sveiby, K E (2001): En kunnskapsbasert virksomhetsteori som veileder for strategiarbeidet.

www.sveiby.com

Polit og Beck 2008 Polit, D. F. og Beck, C. T. (2008). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8. utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters

Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Paulsen, B. (2004). *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem* (nr 82-14-03512-0). Oslo:

SINTEF Unimed

Ryan J. Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today* 2003; 23: 498-508.

Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*

New York: Doubleday.

Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker : hvordan professionelle tænker, når de*

arbejder. Århus: Klim.

Skaalvik, M. W. (2010). *Nursing homes as learning environments: a study of experiences and perceptions of nursing students and supervising nurses*. University of Tromsø, Faculty of Health Sciences Tromsø.

Skaalvik E.M. & Skaalvik S. (2005a). *Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget, AS.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thideman, I-J., 2005, Den sårbare læringsarenaen-om praksisfelleskapets implikasjoner for sykepleieres læring og utvikling. *Vård i Norden* 1/2005

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2.opplag 2006 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Wenger, E., Snyder, W.M. (2000). Communities of practice: the organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78 (1), 139-45.

Wenger, E. C., McDermott, R. A., Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston, Harvard Business Press.

Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: læring, mening og identitet*. København: Reitzel.

White, K., Eagle J., McNeil, H., Dance, S., Evans, L.A., Harris, H., Reid, M.J.(1998). What are the factors that influence learning in relation to nursing practice? *Journal for nurses in staff development*, 14 (3), 147.

Wikipedia (<http://no.wikipedia.org/wiki/Motivasjon>)

Ytrehus, S. & B.R. Nuland (2007) *Gull eller gråstein. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene*. Fafo-rapport 2007: 21.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Arbeid på sykehjem - er arena for læring og kompetanseutvikling?”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie hvor jeg ønsker å intervju sykepleiere som har arbeidet på sykehjem minimum tre år. Formålet med studien er og finne svar på hvordan arbeid på sykehjem fungerer som en arena for læring og kompetanseutvikling.

Forskningsprosjektet inngår i mitt mastergradsarbeid som student ved Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo.

I forskningsprosjektet ønsker jeg å intervju i alt 9 sykepleiere fra tre ulike sykehjem.

Intervjuet vil foregå som en samtale der jeg vil be deg beskrive hva du som sykepleier opplever har betydning for din læring og kompetanseutvikling i praksis.

Intervjue vil vare ca 45 min. Intervjue tas opp på digitalt lydopptak.

Tid og sted for intervjuet vil fastsettes i samarbeid med deg.

Alle data vil behandles konfidensielt. Etter intervjuet vil lydopptaket bli avskrevet. Avskriften av intervjuet vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Hvert intervju vil bli gitt et nummer som refererer til en navneliste. Navnelisten og lydopptaket vil bli oppbevart i hvert sitt låsbare skap, adskilt fra avskriftene. Etter studiens avslutning, senest 1. april 2012, vil lydopptak og direkte/indirekte personopplysninger slettes, slik at ingen enkeltpersoner kan identifiseres i materialet. Det er kun jeg og min veileder som har adgang til lydopptak og personopplysninger. Som forskere er vi underlagt taushetsplikt. Ved publisering vil det ikke være mulig å gjenkjenne de som er intervjuet.

Det vil ikke være noen spesielle fordeler eller ulemper ved å delta i denne studien.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Det er frivillig å delta i studien. Det vil ikke påvirke ditt forhold til avdelingen om du ikke vil være med. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke inntil resultatene er klare for publisering. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte. Student; Tone Østenstad mobil 41337713

Mail; tone.ostenstad @tele2.no

Eller hoved veileder; Solveig Hauge tlf; +47-22844618 eller mobil 93228898

Mail; solveig.hauge@medisin.uio.no

Ytterligere informasjon om studien finnes i vedlegg 1. – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Samtykkeerklæring følger i vedlegg 2.

Vedlegg 2

Utdypende forklaring av hva studien innebærer

Formålet med prosjektet er å få en forståelse av hvordan sykehjemsavdelingene fungerer som en arena for læring og kompetanseutvikling for erfarne sykepleiere. Hvilke kunnskaper erfarne sykepleiere bruker i sitt arbeid, hvordan sykepleierne lærer og hva som påvirker læring og kompetanseutvikling.

Helsevesenets organisasjoner omtales som kunnskapsorganisasjoner. I slike organisasjoner er det krav til bruk, oppdatering og utvikling av mange former for kunnskap (Bjørk og Bjerknes 2008) Forfatterne Hiim og Hippe (2001) deler kunnskapen inn i påstandskunnskap, fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap samt tauskunnskap. Dette omtales som ulike aspekter i et helhetlig kunnskaps begrep. I yrkeskunnskapen inngår også verbaliserte begreper og teorier, tause elementer, fortrolighet med fenomener, handlingsferdigheter og etiske og følelsesmessige vurderinger.(Hiim og Hippe 2001)

Av andre som omtaler sykepleiekunnskapen slik at forståelsen for dette begrepet blir utdypet kan nevnes Nodenstam(1989), Bjerknes og Bjørk(1994), Kirkevold(1996), Aadland(2004), Thomassen(2006), Bjørk og Solhaug(2008) Disse forfatterne viser et komplekst bilde av kunnskapstyper. Kjernen i denne kunnskapen er at disse dimensjonene er uløselig sammenvevd i et system som kan være i stadig utvikling etter hvert som man utøver, erfarer, leser og lærer mer.

Læring er å fungere i et komplekst samspill mellom individ og felleskap, mellom det indre og det ytre, mellom tenkning og språk(Dyste 2001;her i Bjørk og Bjerknes2003)

På bakgrunn av problemstillingen vil jeg redegjøre for begrepet refleksjon da dette er en forutsetning for at noen skal kunne fortelle om opplevelser, tanker og meninger. Refleksjon kommer av ordet reflexio som betyr overveielse, ettertanke, betraktning, tanker om et emne eller tilbakekasing. (Aschaug og Gyldendal,1983)

Helsetjenestens virksomhet er grunnlagt på organisering av kunnskap, læring og utvikling av kompetanse. Kompetansebegrepet er definert som kunnskaper, ferdigheter og evner som kan bidra til å løse problemer og eller utføre arbeidsoppgaver. NOU (1997:25) . Flere har laget modeller for kompetanseutvikling av noen kan nevnes Boud et al (1985), Kirkevold (1996), Lauås og Handel (1997) og Fagermoen (1998).

Som et teoretisk rammeverk for studie vil jeg benytte Eurat(2004) sin forskning og hans modell om læringsfaktorer og kontekstfaktorer som omhandler forhold ved arbeidet, forhold mellom kollegaer og forhold ved den enkelte.

Målet for denne studien er å få en økt forståelse av sykehjem som arena for læring og kompetanseutvikling, gjennom å lytte til sykepleiernes opplevelse , tanker og meninger, deres erfaringer.

Utvalget for studie er 9 sykepleiere. Det skal være sykepleiere som har arbeidet minst tre år, gjerne mer på sykehjem. Det skal være minst fem år siden de var ferdig utdannet. For å få variasjon ønskes sykepleiere av begge kjønn og en spredning i alder.

Respondenten skal rekrutteres fra tre ulike sykehjem. Tre respondenter fra et sykehjem i en landkommune, tre fra et sykehjem i en storby og tre fra et undervisning sykehjem.

Rekruttering av respondenter vil skje via virksomhetsleder for den aktuelle institusjonen som da vil henvise videre til avdelingsledere for å få sykepleiere som fyller utvalgskriteriene. Førstegangskontakt med informantene vil bli foretatt av avdelingsledere i virksomheten eller virksomhetsleder. Informert samtykke vil bli sendt sammen med dette informasjonsskriv til virksomheten og til den enkelte sykepleier. Informert samtykke vil bes returnert til meg personlig dette kan sendes i den ferdig adresserte konvolutten.

Personlige intervjuer er en velegnet metode innen kvalitativ forskning, som i dette prosjektet hvor en søker dybde informasjon om opplevelser, meninger og erfaringer i forhold til læring og utvikling av kompetanse. Eksempler på hvilke tematikker som vil bli tatt opp i intervjuene er; Forhold ved arbeidet; feks. Har arbeidet endret seg slik at det er behov for å lære nye ting? Forhold mellom kollegaer; feks. Er det tradisjon for å snakke om faglige spørsmål? Forhold ved den enkelte; feks. Hvordan har din læring og kompetanseutvikling vært den tiden du har arbeidet her? Det har tidligere vært forsket endel på sykepleiestudenter men lite forskning har vært om ferdigutdannede sykepleiere på sykehjem.

Vedlegg 3**Samtykke til deltakelse i studien;*****Arbeid på sykehjem – en arena for læring og kompetanseutvikling?***

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

